Dokumentation der Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universitätsnervenklinik Homburg–Saar 1966 – 1967

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Bernd Hickethier

Saarbrücken

1970

Druck:
Universitätsbibliothek Saarbrücken

Aus der Nervenklinik der Universität des Saarlandes,
Homburg (Saar)

Direktor: Professor Dr. med. H.-H. Meyer
Abteilung für Kinder und Jugendliche
Leiter: Dr. med. H. Meyerhoff

Dokumentation der Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universitätsnervenklinik Homburg-Saar 1966 - 1967

I N A U G U R A L D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Bernd Hickethier
geb.am 29. 1o. 1943 in Wien

Dekan: Professor Dr med H Kulenkampff
Referat: Professor Dr med. H.-H. Meyer

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die Promotionsprüfung wurde abgelegt am 8. 12. 1970.

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

A. Einleitung

I. Historischer Überblick 1

II. Modell einer jugendpsychiatrischen Ambulanz 3

B. Hauptteil

I. Problemstellung und Methodik

II. Befunde

1. Angaben zur Person des Patienten 7

a) Geschlecht 7
b) Alter zur Zeit der Erstuntersuchung 8
c) Wohnort der Eltern 8
d) Landes- und Kreiszugehörigkeit 9
e) Überweisende Stelle 9
f) Häufigkeit der Untersuchungen 1o
g) Stationäre Aufnahme 11

2. Familienverhältnisse 11

a) Beruf des Vaters 11
b) Alter des Vaters 12
c) Beruf der Mutter 12
d) Alter der Mutter 12
e) Status des Patienten 13
f) Anzahl der Geschwister 13
g) Stellung des Patienten innerhalb der Geschwisterreihe 14
h) Entwicklungsfeld 15

3. Prä-, peri- und postnatale Entwicklung

a) Schwangerschaftsverlauf 15
b) Geburtsverlauf 15
c) Komplikationen post partum 15
d) Geburtsgewicht 16

Seite

4. Entwicklung bis zum Einschulungsalter 16

a) Laufen 16
b) Sprechen 17
c) Sauberkeit 18
d) Kindergartenbesuch 18

5. Schulische Entwicklung 18

a) Einschulungsalter in die Volksschule u.a. 18
b) Sitzenbleiben 19
c) Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten 19

6. Weiterbildung nach der Schulpflichtzeit 19

a) weiterführende Schulen 19
b) Beruf oder Berufsausbildung 2o
c) Berufsschwierigkeiten 2o

7. Somatische Untersuchungsmethoden 2o

a) Neurologischer Befund 2o
b) Röntgen-Schädel 21
c) Elektroencephalogramm (EEG) 21
d) Echoencephalogramm (Echo-EG) 21
e) Szintigramm 22

8. Psychologische Untersuchungsmethoden 22

a) Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder, (HAWIK), bzw. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) 22
b) Rorschach 22
c) Raven 22
d) Benton 23
e) Häufigkeit der psychologischen Untersuchungen 23

9. Diagnoseschemata 23

a) Aufgegliederte Diagnosezusammenfassung 23
b) Summendiagnose 25

III. Literaturübersicht und Ergebnisse 26

1. Psychoreaktive Störungen 26

Seite

a) Psychogene Störungen (allgemein) 26
b) Sprachstörungen 3o
c) Enuresis 32

2. Frühkindlicher Hirnschaden 34

3. Oligophrenie 38

a) Definition 38
b) Geschichtliches 39
c) Ätiologie 4o
d) Manifestationen 41
e) Diagnose 42
f) Therapie 43
g) Prognose 45
h) Psychologische Theorien 45
i) Soziale Probleme 48

4. Retardierung 49

5. Epilepsie 51

a) Geschichtliches 51
b) Definition und DD der Epilepsie 52
c) Ätiologie 52
d) Statistische Angaben 53
e) Formen 54
f) Diagnose 54
g) Therapie 56
h) Prognose 57
i) Soziale Probleme 57

6. Problemkreis Intelligenz und Schule 6o

C. Diskussion der Ergebnisse 65

D. Zusammenfassung 7o

E. Literatur

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542718_0056

A. Einleitung

I. Historischer Überblick

Gemessen an dem gesamten Gebiet der Psychiatrie ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie noch ein junges Teilgebiet. Erst am Ende des letzten Jahrhunderts zeichnet sich langsam eine Sonderstellung dieses Spezialgebietes ab. Doch bereits Ende des 15. Jahrhunderts werden Schriften veröffentlicht, deren Autoren sich hauptsächlich mit der Epilepsie und Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen befassen. Danach schließen sich Beiträge über kindliche Eifersucht und Rivalität an. Weiterhin wird über Stunden anhaltende Epidemien von Massenhysterie mit damit verbundenen lange andauernden Krämpfen aus dem Krankenhaus in Amsterdam berichtet.(WALK)

In der Mitte des 18. Jahrhunderts erregt ein Fall von erethischem Schwachsinn großes Aufsehen. Darüberhinaus finden sich vereinzelt Schilderungen eines Mädchens mit Zustand nach Pocken-Enzephalitis und eines Jungen mit Chorea. Im Jahre 183o legt der französische Psychiater VOISIN (zit.n. WALK) eine Einteilung der kindlichen Entwicklungsstörungen in vier Gruppen vor. Nach und nach kommt es dann in Europa zu Gründungen von Institutionen für geistige Entwicklungsstörungen. Dabei kommt es zu fruchtbarer Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Ärzten.(WALK)

Im Jahre 1887 gibt der Freiburger Psychiater EMMINGHAUS eine zusammenfassende Darstellung über psychische Störungen des Kindesalters heraus. Darauf befassen sich Autoren in ganz Europa mit demselben Gebiet, wie 1888 MOREAU DE TOURS, 1899

MANHEIMER in Frankreich, 1898 IRELAND in England und SANTE DE SANTIS zwischen 19o8 und 1925 in Italien.(zit. n. STUTTE)

Zu dieser Zeit versucht man allerdings noch die Probleme der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Hilfe der Maßstäbe der Erwachsenenpsychiatrie in den Griff zu bekommen. Erst als die Möglichkeiten der Psychometrie und der Psychodiagnostik beträchtlich anwuchsen - abgesehen von den verfeinerten Methoden der Diagnostik bedingt durch bessere technische Möglichkeiten und dem Fortschritt in der gesamten Medizin - beginnt man die Kinder- und Jugendpsychiatrie als ein von der Erwachsenenpsychiatrie zu trennendes Gebiet zu betrachten und führt neue Maßstäbe ein. Der erste, der dies voll erkannt hat, war HOMBURGER mit seinem 1926 erschienenen Lehrbuch der "Psychopathologie des Kindesalters". Danach wurden in rascher Folge Beiträge von KANNER (1935/37), v. STOCKERT (1939/57), TRAMER (1942/49), ASPERGER (1952/56) und WEBER (1956) - um nur einige zu nennen - publiziert.(zi n. STUTTE) STUTTE vertritt die Ansicht, daß "mit den wachse den Erfolgen der allgemein-medizinischen Therapie das Aufga bengebiet der Kinderpsychiatrie sich zunehmend ausweite".

KANNER spricht von vier Entwicklungsphasen der Kinderpsychiatrie: 1. die Phase, "in der man über das Kind nachdachte", 2. in der man "an dem Kind", bzw. 3. in der man "für Kinder" arbeitete und schließlich 4. in der man "mit Kindern" arbeitet. Dies zeigt deutlich die Entwicklung eines wenig beachteten, nichtsdestoweniger äußerst wichtigen Teil gebietes der Psychiatrie zur "Sonderdisziplin mit eigenen Methoden, Aufgaben und Problemstellungen".(STUTTE)

Jedoch auch die Unterbringung der jugendlichen Patienten in Kliniken änderte sich im Laufe der Zeit. Um die Mitte des letzten Jahrhunderts gab es bereits Abteilungen für psychisch gestörte Kinder an psychiatrischen oder pädiatrischen Krankenhauseinrichtungen, wie z.B. in Paris, Frankfurt oder Wien; dann entstanden kinderpsychiatrische Beobachtungs- und Schwererziehbarenheime; Erziehungsberatungsstellen wurden gegründet und schließlich und endlich entstanden Fachabteilungen, wie sie an zahlreichen Nerven- und Kinderkliniken bestehen oder sogar selbständige kinderpsychiatrische Kliniken.(STUTTE)

Diese Einrichtungen sind aber leider noch in zu geringer Anzahl vorhanden. Trotz allem - das heißt trotz der noch beschränkten Möglichkeiten - muß eine zufriedenstellende jugendpsychiatrische Versorgung gewährleistet sein.(BOSCH)

II. Modell einer jugendpsychiatrischen Ambulanz

Die Forderung nach ausreichenden jugendpsychiatrischen Einrichtungen ist aber wegen den noch ungünstig zu nennenden Umstände nur durch eine optimale Arbeitsmethodik und Organisationsform zu erfüllen. HELD fordert, daß mit einem Minimum an personellem, zeitlichem und finanziellem Aufwand ein Maximum an Effektivität erreicht werden soll. Er glaubt die optimale Arbeitsmethodik gefunden zu haben und sie zu praktizieren. HELD gliedert in vier Arbeitsgänge auf:
im ersten ist die Öffentlichkeitsarbeit von Bedeutung, "zur Erfassung aller Kinder und Jugendlicher, die verhältnismäßig, leistungsmäßig oder entwicklungsmäßig aus dem normalen Rahmen herausfallen (wobei als Maßstab der medizinische, psy-

chologische, entwicklungspsychologische und soziologische Normbegriff zu gelten hat)". Er fordert regelmäßige Vorträge vor Eltern, Lehrern, Ärzten, Sozialarbeitern, Heimerziehern, Richtern und Volkshochschulen über die Problematik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Zuge dieser Öffentlichkeitsarbeit möchte HELD gleichzeitig die Termine der jugendpsychiatrischen Sprechtage bekanntgegeben haben.

Für den zweiten Arbeitsgang wird der Begriff der "diagnostischen Weichenstellung" gebraucht. Gestellt werden die Weichen bei den Kindern, die an den jeweiligen Sprechtagen durch die verschiedensten Institutionen vorgestellt werden. Er verlangt, daß bei jedem Kind "grundsätzlich und routinemäßig alle theoretisch möglichen Ursachen erwogen oder ausgeschlossen werden müssen". Ambulante oder stationäre Zusatzuntersuchungen werden in einem Teil der Fälle notwendig sein: angefangen von einer Röntgenleeraufnahme des Schädels über die verschiedenen Stationen der verfeinerten Diagnostik bis zur Milieuerforschung.

Im dritten Arbeitsgang sollen dann die Weichen für die Therapie gestellt werden. Hiermit kann natürlich nur begonnen werden, wenn die endgültige Diagnose - das Ergebnis des zweiten Arbeitsvorganges - gestellt ist. Milieuregulierung, medikamentöse, heilpädagogische Behandlung, Erziehungsmaßnahmen, Ein- oder Umschulung in die Sonderschule, Legastheniebehandlung, orthopädische Behandlung oder Inanspruchnahme der Einrichtungen der "Lebenshilfe" werden sich unter Umständen als notwendig erweisen und müssen durchgeführt werden. Verständlicherweise wird es Fälle geben, bei denen wegen der Polykausalität eine der aufge-

zählten Behandlungsmaßnahmen nicht ausreicht, sondern mehrere durchgeführt werden müssen.

Nach HELD sollen im vierten Arbeitsgang schließlich die Patienten unter Umständen über längere Zeiträume betreut, nachuntersucht und beraten werden. Dafür werden sich Spezialheime und Einrichtungen wie Schwachsinnigen-, Körperbehinderten-, Taubstummenheime und Einrichtungen der "Lebenshilfe" als notwendig erweisen.

Dem zweiten Arbeitsgang ist besondere Bedeutung beizumessen, weil erst durch ihn Vorbeugung, Therapie und Rehabilitation ermöglicht werden.

Neben dem Jugendpsychiater sind die therapeutischen und diagnostischen Institutionen wie z.B. der Hausarzt, die zentrale Sprachheilfürsorge, Kliniks- und Schulpsychologe, Erziehungsberatungsstellen, Jugendämter, Schularzt, Schulaufsichtsbehörde, Familienfürsorge und die "Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind" weitere unabdingbare Faktoren für das reibungslose und effektive Arbeiten einer jugendpsychiatrischen Ambulanz.(HELD)

Ein Vorteil dieser ambulanten Einrichtungen besteht darin, daß die kranken Kinder in engem Kontakt mit ihren Eltern bleiben können und außerdem in verschiedenen Bereichen - sei es auf erzieherischem, sprachheilpädagogischem, handwerklichem, gymnastischen oder schulischem Gebiet - gefördert werden können.

Zu einer der zahlreichen Aufgaben des Jugendpsychiaters gehört es, daß solche Einrichtungen geschaffen oder zweck-

entsprechend gefördert werden. Eventuell wird er auch bei zuständigen Stellen Anregungen geben können.

B. Hauptteil

I. Problemstellung und Methodik

In der vorliegenden Arbeit war die Aufgabe gestellt, die Patienten der Nervenpoliklinik für Kinder und Jugendliche der Universitätsnervenklinik Homburg/Saar zweier aufeinanderfolgender Jahrgänge - nämlich 1966 und 1967 - zahlenmäßig zu erfassen und auszuwerten. Diese Poliklinik besteht seit 1964. Erst in den beiden ausgewerteten Jahrgängen waren so viele Patienten überwiesen worden, daß dieses Vorgehen lohnend erschien. Die Zahlen von 1964 und 1965 lassen sich retrospektiv nicht mehr sicher ermitteln. Diese Zuwachsrate mögen die folgenden Zahlen verdeutlichen. 1966 wurden 831 Patienten untersucht und beraten. 377 davon waren solche, die das erste Mal kamen. 1967 waren es dann 1313. Davon waren 585 Patienten neu. 1968 wurden 1253 Kinder und Jugendliche überwiesen; 61o kamen zum ersten Mal. 1969 schließlich betrug die Gesamtzahl der Untersuchungen und Beratungen 1352 mit 6o4 neuen Patienten.

Zur Auswertung wurde das abgedruckte Schema, siehe Anhang, entwickelt und angewendet. Danach erfolgte die Übertragung der Daten auf eine Lochliste und schließlich die Übertragung der Zahlen auf Lochkarten. Danach wurden die Karten mit Hilfe einer Auszähl- und Sortiermaschine (Typ: IBM 82) ausgewertet.

Die verschiedene Anzahl der auswertbaren Daten resultiert aus der Tatsache, daß in der Poliklinik verschiedene Untersucher arbeiten, daß die Befunde sofort handschriftlich niedergelegt werden müssen, daß - je nach Lage des Falles - ganz verschieden Angaben von Wichtigkeit sind und andere, die für einen anderen Patienten von Bedeutung sein mögen, bei dem einen nebensächlich sind und somit nicht erfragt werden.

Es leuchtet ein, daß aus Zeitersparnisgründen mehr erfragt als schriftlich niedergelegt wird. Um diesem Mangel abzuhelfen wird jetzt an der hiesigen Klinik ein Erhebungsbogen entworfen, der in hohem Maße dazu beitragen wird, die Arbeit des Untersuchers zu verkürzen und eine hinreichend genaue Dokumentation zu ermöglichen.

Die Zahlen hinter den Prozentangaben geben die jeweilige Anzahl der Patienten an (n).
Der in dieser Untersuchung benützte Erhebungsbogen sollte in der vorliegenden Arbeit auf seine Anwendbarkeit und Zuverlässigkeit überprüft werden.

II. Befunde

Die Summe aller ausgewerteten Krankenblätter belief sich auf 962.

1. Angaben zur Person des Patienten
   a) Geschlecht
      60,5 % der Patienten waren männlichen (582) und
      39,5 % (380) weiblichen Geschlechts.

b) Alter zur Zeit der Erstuntersuchung

Das Alter zur Zeit der Erstuntersuchung ist in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1:

Alter zur Zeit der Erstuntersuchung in Jahren

	%	n
1	2,2	22
2	2,6	26
3	4,8	48
4	4,2	42
5	5,1	51
6	6,9	69
7	7,3	73
8	6,o	59
9	6,8	68
1o	6,6	66
11	6,o	59
12	7,2	72
13	6,o	59
14	6,5	65
15	6,7	67
16	6,o	59
17	6,o	6o
18	2,o	2o
19	o,8	8
2o	o,1	1
21	o,1	1
23	o,1	1

c) Wohnort der Eltern

Die Größe des Wohnortes der Eltern wurdein vier Gruppen aufgeteilt:

48,2 % (959) stammen aus Orten mit Einwohnerzahlen bis 4999 Einwohner. 19,9 % (188) aus solchen zwischen 5ooo und 19999 Einwohnern; 23,8 % (229) kamen aus Städten mit Einwohnerzahlen zwischen 2oooo und 1ooooo. Aus noch größeren Städten kamen 8,2 % (79). Bei o,3 % (3) fehlen diese Angaben.

d) Landes- oder Kreiszugehörigkeit

33,8 % (324) unserer Patienten stammten aus Rheinland-Pfalz. Die Aufschlüsselung der Patienten aus dem Saarland nach Landkreisen ergab folgende Ergebnisse:

Landkreis	%	n
Saarbrücken-Stadt	5,1	49
Merzig-Wadern	2,6	25
Homburg	15,5,	152
Ottweiler	12,1	116
Saarbrücken-Land	13,9	133
Saarlouis	5,3	51
St. Ingbert	5,1	49
St. Wendel	5,4	52

o,7 % (7) stammen aus anderen deutschen Bundesländern. o,2 % (2) kamen aus dem Ausland. Bei o,3 % (3) fehlen entsprechende Angaben.

e) Überweisende Stelle

Tabelle 2 gibt Aufschluß über die überweisende Stelle.

Tabelle 2:

Überweisende Stelle	%	n
Hausarzt	42,o	412
Facharzt f. Neurologie und Psychiatrie	18,2	174
Facharzt f. Pädiatrie	9,5	9o
Facharzt f. Ophthalmologie	o,7	6
Facharzt f. HNO	1,8	16
Facharzt f. andere Fächer	3,8	36
Fach- oder Uniklinik für Augenkrankheiten	4,8	45
Fach- oder Uniklinik f. HNO	8,3	79
Fach- oder Uniklinik f. Pädiatrie	o,6	5
andere Krankenhäuser	8,o	76
Schule	o,2	2
Staatliches Gesundheitsamt	o,1	1
Jugend- oder Sozialamt	o,5	5
Heim	o,3	3
andere Stellen	1,2	12

f) Häufigkeit der Untersuchung

Tabelle 3 gibt Auskunft über die Anzahl der Untersuchungen in der Poliklinik.

Tabelle 3:

Untersuchungsfrequenz	%	n
1	48,o	461
2	32,3	311
3	1o,7	1o3
4	4,1	39

Untersuchungsfrequenz	%	n
5	2,3	22
6	1,o	1o
7	o,7	7
8	o,3	3
9	o,6	6

g) Stationäre Aufnahme

Bei 8o,8 % (777) aller Kinder und Jugendlicher, die die Ambulanz aufsuchten war eine stationäre Aufnahme nicht erforderlich. Bei 19,2 % (185) wurde sie veranlaßt.

2. Familienverhältnisse

a) Beruf des Vaters

Der Vater hatte in 28,8 % (181) der verwertbaren Fälle keinen gelernten Beruf. Hier handetl es sich um Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter, Anlernling usw. 49,7 % (319) der Väter hatten eine Lehre abgeschlossen, waren Handwerker oder Angestellte in untergeordneten Positionen. Selbständige Handwerksmeister, selbständige Kaufleute und mittlere Angestellte mit Mittelschulabschluß oder fortbildender Fachschule waren 1o,3 % (66). 5,o % (32) der Väter waren Akademiker, höhere Angestellte, Unternehmer usw. Rentner waren 2,8 % (18), während in o,6 % (4) der Fälle der Haushaltungsvorstand die Mutter war. Bei 3,4 % (22) entfiel diese Angabe; in 33,4 % (321) fehlte entweder die Angabe oder der Vater hatte keinen Beruf.

b) Alter des Vaters

Tabelle 4 veranschaulicht das Alter der Väter.

Tabelle 4:

Alter des Vaters in Jahren	%	n
2o - 24	o,9	6
25 - 29	9,o	61
3o - 34	21,o	142
35 - 39	25,3	175
4o - 44	19,1	133
45 - 49	11,5	81
5o - 54	7,4	5o
55 - 59	4,o	27
6o - 64	1,3	9
65 - 7o	o,4	3
älter als 7o	o,1	1

c) Beruf der Mutter

Bei 29,2 % (93) der verwertbaren Angaben war die Mutter berufstätig, in 7o,2 % (224) war sie Hausfrau, bei o,6 % (3) entfiel diese Angabe aus den verschiedensten Gründen.

Bei 66,8 % (643) aller Fälle war darüber nichts schriftlich niedergelegt.

d) Alter der Mutter

Tabelle 5 gibt Aufschluß über das Alter der Mütter.

Tabelle 5:

Alter der Mutter in Jahren	%	n
2o - 24	3,2	23
25 - 29	18,1	127
3o - 34	24,o	168
35 - 39	24,o	168
4o - 44	17,4	122
45 - 49	8,2	57
5o - 54	3,6	25
55 - 59	1,4	1o
6o	o,1	1

Über das Alter des Vaters ist in 29,6 % (285), über das der Mutter in 27,7 % (266) der Gesamtzahl nichts festgehalten.

e) Status des Patienten

In 85,9 % (636) aller verwertbaren Fälle stammte das Kind aus einer Normalehe. 2,3 % (17) gaben an, daß der Patient unehelich sei. Adoptiv- und Pflegekinder machten zusammen o,8 % (3) aus. 4,4 % (32) waren Halbwaisen ohne Vater, 1,1 % (4) solche ohne Mutter. 3,o % (22) haben einen Stiefvater, 2,5 % (18) eine Stiefmutter.
Bei 31,4 % (23o) fehlten entsprechende Angaben.

f) Anzahl der Geschwister

In 2o,8 % (2oo) war über Geschwister des Patienten nichts aus der Karteikarte ersichtlich.
Tabelle 6 gibt die Anzahl der Geschwister des Patienten wieder.

Tabelle 6:

Anzahl der Geschwister	%	n
Einzelkind	13,o	99
1	36,1	276
2	23,4	178
3	13,5	1o3
4	4,9	37
5	4,5	34
6	1,7	13
7	1,2	9
8	1,7	13

g) Stellung des Patienten innerhalb der Geschwisterreihe.

Tabelle 7 verdeutlicht die Stellung des Patienten innerhalb der Geschwisterreihe im Hinblick auf die Position innerhalb derselben.

Tabelle 7:	%	n
Patient ist Ältester	4o,2	3o3
Patient ist Zweitältester	33,9	252
Patient ist Drittältester	14,8	1oo
Patient ist Viertältester	6,2	45
Patient ist Fünftältester	3,o	22
Patient ist Sechstältester	o,8	6
Patient ist Siebtältester	o,7	5
Patient ist Achtältester	o,3	2
Patient ist Neuntältester	o,1	1

Bei 2o,8 % (2oo) fehlte darüber jegliche Angabe.

h) Entwicklungsfeld
Zu Hause wuchsen 96,3 % (674), bei Verwandten 2,1 % (15) und im Heim 1,6 % (11) auf.
Bei 27,2 % (262) fehlten darüber Angaben.

3. Prä-, peri- und postnatale Entwicklung

a) Schwangerschaftsverlauf
In 92,9 % (655) der Fälle mit verwertbaren Angaben war der Schwangerschaftsverlauf ohne Besonderheiten. Bei 3,1 % (22) bestanden Blutungen oder ein drohender Abort. Schwere Erkrankungen hatten während der Schwangerschaft 3,o % (21) der Mütter. 1,o % (7) der Mütter litten unter einer Gestose.
Bei 27,8 % (258) fehlten darüber Angaben.

b) Geburtsverlauf
86,8 % (613) der Patienten wurde ohne Komplikationen geboren. Bei 2,5 % (18) mußte eine Sectio, bei 3,7 % (26) eine Zangen- oder Vakuumextraktion ausgeführt werden.
Nicht operative geburtshilfliche Maßnahmen waren in 3,5 % (25) der Fälle notwendig. Ebenfalls in 3,5 % (25) bestand eine Lagenanomalie. Bei 26,4 % (254) aller Fälle ist uns über die Geburt nichts bekannt.

c) Komplikationen post partum
In 89,4 % (592) der Fälle gab es keine Komplikationen; Asphyxie trat in 1,8 % (12) für eine Stun-

de, in o,5 % (3) für mehr als eine Stunde und in 6,6 % (44) ohne zeitliche Angabe auf. Cerebrale Krämpfe unmittelbar nach der Geburt manifestierten sich in o,2 % (1). Ein Ikterus auf Grund von Rh/Unverträglichkeit war bei o,6 % (4), andere Ikteren bei o,9 % (6) zu beobachten.
Bei 4o,6 % (391) gibt es über Komplikationen keine Angaben.

d) Geburtsgewicht
In Tabelle 8 erfolgt zusammenfassend die Darstellung der Angaben, die das Geburtsgewicht (in Gramm) der Patienten betreffen.

Tabelle 8:

Geburtsgewicht in Gramm	%	n
weniger als 1ooo	o,7	3
1ooo - 1499	1,o	5
15oo - 1999	3,4	14
2ooo - 2499	7,4	3o
25oo - 2999	1o,8	44
3ooo - 3999	5o,o	2o3
4ooo - 45oo	2o,1	82
mehr als 45oo	6,6	27

Bei 57,6 % (554) aller ausgewerteten Krankenblätter bestehen darüber keine Angaben.

4. Entwicklung bis zum Einschulungsalter
a) Laufen
Die Tabelle 9 gibt über den Beginn des freien Laufens Auskunft. (Angaben in Monaten)

Tabelle 9:

Laufen (Monate)	%	n
Patient läuft noch nicht	4,6	27
1o - 13	44,6	266
14 - 17	21,1	124
18 - 21	15,1	88
22 - 25	8,4	5o
26 - 29	o,7	4
3o - 33	2,o	12
34 - 37	3,5	21

In 33,5 % (37o) der Fälle sind darüber keine Angaben gemacht.

b) Sprechen

Tabelle 1o behandelt die Sprachentwicklung. Die Angaben (in Monaten) beziehen sich auf die ersten Drei-Wort-Sätze des Patienten.

Tabelle 1o:

Sprechen (Monate)	%	n
Patient spricht noch nicht	16 6	96
1o - 13	13,8	8o
14 - 17	11,8	68
18 - 21	17,8	1o3
22 - 25	19,9	115
26 - 29	2,4	14
3o - 33	7,3	42
34 - 37	1o,4	6o

Bei 39,9 % (384) der ausgewerteten Fälle fehlen darüber Angaben.

c) Sauberkeit

Die Sauberkeitsgewöhnung verdeutlicht Tabelle 11. Die Angaben sind wiederum in Monaten gemacht.

Tabelle 11:

Sauberkeit (Monate)	%	n
Patient ist noch nicht sauber	25,o	142
14 - 17	7,6	44
18 - 21	14,4	82
22 - 25	21,6	124
26 - 29	4,o	23
3o - 33	7,4	42
34 - 37	9,8	56
38 - 41	2,6	15
42 - 45	o,9	5
46 - 49	6,7	38

Bei 4o,6 % (391) fehlt diese Angabe.

d) Kindergartenbesuch

34,5 % (91) der Patienten besuchten oder besuchen noch einen Kindergarten. Bei 65,5 % (174) trifft das nicht zu.

Bei 72,5 % (698) ist uns darüber nichts bekannt.

5. Schulische Entwicklung

a) Einschulungsalter in die Volksscule u.a. 27,5 % (2o5) waren noch nicht schulpflichtig. Eine al-

tersgemäße Einschulung erfolgte in 49,2 % (366). Einmal wurden 9,9 % (74), mehrmals 2,8 % (21) vom Schulbesuch zurückgestellt. Bei 2,4 % (18) erfolgte eine Einschulung und bei 4,2 % (31) eine Umschulung in die Sonderschule. 4,o % (3o) müssen die Einrichtungen der "Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind' in Anspruch nehmen.

b) Sitzenbleiben
49,o % (369) der schulpflichtigen Patienten blieben nicht sitzen; 9,3 % (69) blieben einmal, 2,3 % (17) zweimal, o,7 % (5) dreimal, o,3 % (2) viermal und o,1 % (1) fünfmal sitzen.
In 38,3 % (29o) entfällt diese Angabe aus Altersgründen. Bei 22,6 % (217) ist uns darüber nichts bekannt geworden.

c) Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten
Über Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten wird bei 46,3 % (364) geklagt. 53,7 % (422) sind frei davon. Bei 18,3 % (176) aller Karteikarten ist darüber nichts niedergelegt.

6. Weiterbildung nach der Schulpflichtzeit
a) Weiterführende Schulen
3,6 % (31) gehen zur Mittelschule, 4,7 % (41) auf ein Gymnasium und o,3 % (3) zur Abendschule. Die Berufsfachschule wird von o,1 % (1) besucht. 91,3 % (793) besuchen keine weiterführende Schule.
Bei 11,7 % (93) aller Patienten fehlt diese Angabe.

b) Beruf oder Berufsausbildung

Die Schüler nehmen unter den Patienten weitaus den größten Teil ein, nämlich 55,6 % (484). In 33,o % (287) entfällt diese Angabe aus Alters- oder anderen Gründen. 4,4 % (38) befinden sich in einer Ausbildung, die keine abgeschlossene Lehre beinhaltet oder aber arbeiten in solch einem Beruf, wie z.B. als Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter, Anlernling oder ähnliches. 7,o % (61) machen eine Lehre, sind bereits Handwerker oder Angestellte in untergeordneten Positionen.

Bei 9,6 % (92) fehlt diese Angabe oder aber sie sind ohne Beruf.

c) Berufsschwierigkeiten

96,8 % (835) hatten keine Berufsschwierigkeiten entweder weil dies entfiel oder aber keine bestanden. Ein Wechsel des Arbeitsplatzes mußte von o,7 % (6) durchgeführt werden. Ebensoviele verloren ihre Stelle wegen Krankheit o,7 % (6). o,1 % (1) wurden aus nicht geschilderten Gründen entlassen, während 1,7 % (15) über sonstige Schwierigkeiten klagten.

Keine Angaben sind in 11,5 % (99) aller Fälle zu beobachten.

7. Somatische Untersuchungsmethoden

a) Neurologischer Befund

Bei 77,7 % (747) der Untersuchten waren keine pathologischen Hirnbefunde zu erheben. Pathologische Seitenbefunde wiesen 3,5 % (34) auf, Paresen und Plegien 5,6 % (54). Ein Extrapyramidal-

befund war in 2,2 % (21) der Fälle zu erheben. Mit anderen schwerwiegenden neurologischen Kombinationsbefunden waren 11,o % (1o6) belastet.

b) Röntgen-Schädel
Bei 45,9 % (442) konnten anhand einer Röntgenleeraufnahme des Schädels pathologische Veränderungen ausgeschlossen werden. Bei 4o,1 % (386) wurde keine Schädel-Leeraufnahme angefertigt. 1,9 % (18) waren mit Schädelmißbildungen behaftet. Schädelasymmetrien wurden bei 8,2 % (79), intracerebrale Verkalkungen bei 1,2 % (12) und Hirndruckzeichen bei o,4 % (4) der Patienten beobachtet. Ein Nebenhöhlenbefund war in 2,3 % (22) der Fälle zu erheben.

c) Elektroencephalogramm (EEG)
Ein dysrhythmisches EEG oder Allgemeinveränderungen desselben wurde bei 45,9 % (441) beobachtet, wohingegen das EEG bei 11,2 % (1o8) als normal zu bezeichnen war. Ein Seitenhinweis ergab sich in 5,o % (48), ein Herdbefund in o,6 % (6) aller Fälle. Eine Kombination pathologischer Befunde wurde bei 9,3 % (89) festgestellt. Krampfstrompotentiale traten bei 3,4 % (33) auf. Bei 24,7 % (237) wurde kein EEG angefertigt.

d) Echoencephalogramm (Echo-EG)
Ein Echoencephalogramm wurde bei 23,8 % (229) durchgeführt; es war bei 2,7 % (26) durch Verschiebung der Mittellinie oder Ventrikelverbreiterung pathologisch verändert. Bei 76,2 % (733) wurde diese Untersuchungsmethode nicht angewendet.

e) Szintigramm

Szintigramme wurden bei 94,8 % (912) nicht durchgeführt. Von den vorliegenden 5o Szintigrammen ergab sich in o,7 % (7) der Fälle eine pathologische Anreicherung.

8. Psychologische Untersuchungsmethoden

a) Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK) bzw. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE)

Bei 72,2 % (694) wurde weder HAWIK noch HAWIE durchgeführt. Mit dieser Testmethode wurden 27,3 % (268) untersucht. Tabelle 12 veranschaulicht die Ergebnisse dieses Tests.

Tabelle 12:

	HAWIK oder HAWIE	
	%	n
IQ unter 6o	3,1	3o
IQ zwischen 6o und 7o	3,4	33
IQ zwischen 71 und 8o	3,5	34
IQ zwischen 81 und 9o	4,4	42
IQzwischen 91 und 11o	1o,9	1o5
IQ zwischen 111 und 12o	1,6	15
IQ höher als 12o	o,9	9

b) Rorschach

Der Rorschach-Test wurde in 14,3 % (138) aller Fälle durchgeführt.

c) Raven

Der Raven-Test wurde bei 2,o % (19) der Patienten angewendet.

d) Benton

Der Benton-Test wurde bei 3,5 % (34) aller untersuchten Patienten zur psychologischen Abklärung verwendet.

e) Häufigkeit aller psychologischen Untersuchungen

Der Klinikspsychologe untersuchte 4o,5 % (387) aller Patienten. Bei 59,5 % (575) unterblieb eine psychologische Untersuchung.

9. Diagnoseschemata

a) Aufgegliederte Diagnosenzusammenfassung

Oligophrenien, die sich vor dem vierten Geburtstag manifestierten, bei denen außerdem keine Ursache in Anamnese und Befund nachweisbar war, lagen in 9,1 % (88) aller Fälle vor. Oligophrenien mit nachweisbarer Ursache - sei es cerebraler, organischer, durch eine Stoffwechselentgleisung hervorgerufener oder hormonell bedingter Art - machten 8,2 % (79) aus. 2,1 % (2o) aller Patienten boten das Bild einer Oligophrenie mit organischen Grenzbefunden.

Unter einem cerebralen Anfallsleiden ohne nachgewiesene Ursache litten 7,1 % (68); ein solches mit organischen Grenzbefunden hatten 5,1 % (49). Bei 3,4 % (33) konnte eine organische Ursache für ein cerebrales Anfallsleiden diagnostiziert werden.

Von einem Demenzprozess - die Manifestation erfolgte nach dem 4. Geburtstag - waren o,5 % (5)

betroffen. Dabei war die Ursache ein entzündlich bedingter Prozess oder aber durch andere Faktoren (z.B. Schädel-Hirn-Trauma) hervorgerufen. Bei o,1 % (1) konnte man für einen Demenzprozess keine organische Ursache nachweisen.

Das Bild einer Commotio oder Contusio ohne psychische oder neurologische Ausfallserscheinungen boten 1,6 % (15). Von einer Commotio oder Contusio mit psychischen oder neurologischen Ausfallserscheinungen waren 1,4 % (13) aller Fälle betroffen. o,7 % (7) aller Patienten hatten eine Commotio oder Contusio mit organischen Grenzbefunden. o,4 % (4) der Patienten litten an einem Hirntumor.

Bei 5,9 % (57) wurde eine neurologische Erkrankung ohne cerebrale Beteiligung, bei 5,6 % (54) eine solche mit cerebraler Beteiligung festgestellt. Darunter fielen nicht Oligophrenien und Demenz.

Unter Cephalgie litten 9,6 % (92) und unter Sinnesdefekten 1,2 % (12) aller Untersuchten.

Retardierung und Reifungsasynchronien einschließlich Sprachentwicklungsstörungen ohne Stottern in statomotorischer und mentaler Hinsicht ohne nachgewiesene Ursache machten 6,7 % (64) aus.

Die Gruppe der psychogen-neurotisch-funktionellen Verhaltensstörungen wurde dreigeteilt:

Solche ohne organische Befunde in Anamnese und Befund bestanden bei 15,4 % (148), diejenigen mit organischen Befunden in Anamnese und Befund bei 2,7 % (26) und die Gruppe mit organischen Grenzbefunden in Anamnese und Befund war mit 2,1 % (2o), vertreten.

Schizophrenien bestanden bei o,4 % (4) der untersuchten Kinder und Jugendlichen.

Jeweils o,2 % boten das Bild einer affektiven Psychose mit unklarer Differentialdiagnose (2), eines Autismus Kanner (2) und einer Psychopathie (2), zu der das Krankheitsbild des Autismus Asperger hinzugerechnet wurde.

In 1,4 % (13) war eine Diagnose aus den verschiedensten Gründen nicht zu stellen. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Diagnosen aus anderen Fachgebieten. 8,7 % (84) aller Patienten waren gesund.

b) Summendiagnose

32,o % (3o9) hatten eine somatogen-cerebrale Erkrankung, 19,7 % (19o) eine psychogene. 29,2 % (282) kamen wegen einer somatogen-cerebral-psychogenen Erkrankung zur Untersuchung. 7,6 % (74) suchten die Poliklinik wegen einer neurologischen Erkrankung auf. Die Psychosen errechneten sich mit o,6 % (6).

III. Literaturübersicht und Ergebnisse

Auf die am häufigsten auftretenden Krankheitsbilder in der Kinder- und Jugendpsychiatrie soll in der folgenden Literaturübersicht genauer eingegangen werden.

1. Psychoreaktive Störungen

   a) Psychogene Störungen (allgemein)

   Unter dieser Gruppe von Krankheiten hatten 194 Patienten unseres Krankengutes zu leiden. BENDA versucht zu erklären, warum diese Störungen heute so häufig auftreten. Er führt aus, daß das Kind noch unfertig und hilflos und deswegen seine Entwicklung relativ leicht störbar ist. Die Toleranz jedoch, bzw. die Anfälligkeit gegenüber Noxen sei von Fall zu Fall verschieden und von konstitutionellen und entwicklungsphasischen Faktoren abhängig.

   Abgesehen von den ersten drei Monaten der Gravidität, in deren Verlauf das Kind besonders anfällig für Virusinfektionen der Mutter und für exogene toxische Substanzen ist, kommen als besonders gefährdete Zeiträume die Perinatalperiode, die ersten Lebensjahre und die Pubertät in Frage. In den ersten Lebensjahren wird das Kind unter Umständen auf eine frustrierende oder unangemessene Erziehung durch die Mutter psychisch auffällig reagieren. Die Pubertät mit ihren fast zwangsläufig auftretenden Enttäuschungen an Bezugspersonen ist ein ebenso störanfälliger Zeitraum. (LUTZ)

Die Entwicklung des Menschen - sowohl die körperliche als auch die psychische - wird durch Vererbung und Umwelt determiniert, jedoch ist das Kind von seinem Milieu abhängiger als der Erwachsene. (ZÜBLIN) Diese Umwelt wird man trotz einer Vielzahl von Faktoren als geschlossenes Ganzes betrachten müssen; viele Situationen sind stabil und unabänderlich, zumindest jedoch über einen längeren Zeitraum andauernd. Sie werden durch uneheliche Geburt etwa, Unvollständigkeit oder gänzliches Fehlen der Familie, durch Scheidung oder Getrenntleben der Eltern, durch längere Aufenthalte in Krankenhäusern oder Sanatorien und viele andere Faktoren mehr bestimmt sein. (LUTZ) Jedes Kind erlebt im Laufe seiner Entwicklung hemmende und kränkende Einflüsse. Keinesfalls besitzen diese von vornherein negative Auswirkungen auf das Reifen und Wachsen der Persönlichkeit. Im Normalfall wird das Kind daran wachsen und lernen, Schwierigkeiten zu meistern. Ein gewisses Maß an Versagung und Widerstand ergibt sogar einen Anreiz zur Entwicklung der Selbständigkeit. (LUTZ)

Diese Schwierigkeiten, die bei manchen Kindern als Störfaktor wirken können, werden meist keine schwerwiegenden Folgen im Sinne einer seelischen Veränderung haben. Sind diese psychogenen Störungen mehr oder weniger flüchtig und treten sie im Anschluß an seelische Erschütterungen oder Konflikte auf, so spricht STUTTE von Aktualneurosen, die nichts anderes sind als abnorme Erlebnisreaktionen. Das Kind hat jedoch erheblich größere Schwierigkeiten, die

gestellten Anforderungen zu erfüllen, wenn gröbere Abweichungen von der normalen somato-psychischen Reifung auftreten. Dann werden abnorme Charakterentwicklungen, neurotische Fehlhaltugen und soziale Anpassungsstörungen viel eher auftreten. (STUTTE)

Die psychoanalytische Schule definiert den Begriff der Neurose in dem Sinne, daß es sich dabei um eine Störung handelt, die dadurch entsteht, daß ein Inhalt unterdrückt und verdrängt wird und aus dem Unterbewußten krankhafte Störungen verursacht. ZÜBLIN ist der Ansicht, daß nicht die Neurose selbst, sondern die Reaktion der Umwelt dieser Auffälligkeit gegenüber einen Großteil des Leidens neurotischer Kinder ausmache.

STUTTE gibt eine praktikable Klassifizierung der psychogenen Störungen: er bezeichnet sie als organneurotisch, wenn sie sich vorwiegend auf körperlichem und als psychoneurotisch, wenn sie sich vorwiegend auf seelischem Gebiet manifestieren. Oftmals ist die Familie - wie bereits angedeutet - auslosendes Moment. Bevorzugung oder Benachteiligung des Patienten gegenüber seinen Geschwistern können die familiären Beziehungen trüben. Eifersüchteleien der Geschwister untereinander stören den Familienfrieden nachhaltig, besonders wenn sie durch die Haltung der Eltern real begründet sind. (LUTZ) Kinder spüren sehr gut, wenn sich die Eltern nicht vertragen; ihre Unsicherheit, Spannung und Nervosität mögen sie noch so gut zu verbergen suchen, das Kind

wird sie unbewußt erkennen. Das Gefühl der Geborgenheit entsteht erst dann, wenn das Elternpaar Sicherheit und Zufriedenheit ausstrahlt. (ZÜBLIN) Dieser Autor glaubt deswegen auch an eine mögliche Induktion von Noxen: induziert von den Eltern auf die Kinder. Deswegen sind Kinder mit Verhaltensstörungen ein bedeutsamer Hinweis auf Störungen innerhalb ihrer nächsten mitmenschlichen Umgebung. Daß sich daraus unter Umständen schwierige Konsequenzen für die Therapie ergeben, ist einleuchtend.

Bei der Therapie psychischer Störungen von Kindern gibt es drei Schwerpunkte: 1. Milieutherapie durch Verbesserung des Milieus oder durch Herausnahme des Kindes aus einer nociven Peristase, 2. die Psychotherapie als direkte psychische Beeinflussung und 3. bei Bedarf eine medikamentöse Behandlung, die auf die Grundkrankheit oder auf deren Symptome ausgerichtet ist. (ZÜBLIN) Außerdem ist eine übermäßige Schonung zu vermeiden. Die Erziehungsberatungsstellen - bei uns in der Bundesrepublik existieren ca 2oo - werden wertvolle Dienste leisten können.

Der Fehler, eine organische Störung allein mit Hilfe einer medikamentösen Therapie und eine psychogene Störung nur durch Psychotherapie behandeln zu wollen und zu können, ist zu vermeiden, da bei dieser Art Krankheit immer konstitutionelle, erworbene körperliche und psychogene Faktoren zusammenwirken. (ZÜBLIN)

b) Sprachstörungen

Die menschliche Sprache ist ein außerordentlich feines und kompliziertes Instrument der zwischenmenschlichen Kommunikation, daß es nicht erstaunlich ist, wenn sich auf diesem Gebiet leicht Störungen einstellen. Die normale Entwicklung geht vom Lallen zum Wort, über den Drei-Wort-Satz bis zur vollständigen Beherrschung der Sprache mit allen ihren Feinheiten. Zu Beginn des Spracherlernens sind deshalb nicht richtig artikulierte Laute, erleichterte und abgekürzte Wörter und Vereinfachungen jeglicher Art als physiologisch anzusehen (physiologisches Stammeln, Agrammatismus und Telegrammstil). Redet die Mutter aber im Laufe der Spracherziehung Kindersprache, so wird das Kind keinen Anreiz zur Vervollkommnung seiner Sprache empfangen und in seiner Sprachentwicklung stehenbleiben. Es ist möglich, daß eine Relation zwischen Schnelligkeit der Sprachbeherrschung und Intelligenz besteht. (ASPERGER, 1952)

Eine häufige Sprachstörung ist das Stottern. Es handelt sich dabei um eine Koordinationsneurose, wobei einmal mehr eine tonische und das andere Mal mehr eine klonische Komponente vorherrscht. (STUTTE, LUTZ) STUTTE vermutet, daß es sich bei Stotterern oft um Kinder handelt, die in ihrer Selbstentfaltung gehindert, mit ihrer Geschlechtsrolle unzufrieden, ängstlich und in ihrer natürlichen Aggression gehemmt sind. Deswegen tritt dieser Sprachfehler häufig im Trotzalter und im

Eintrittsalter in die Volksschule auf, weil gerade in diesen Zeiten häufig völlig neue, oftmals frustrierende Erlebnisse an der Tagesordnung sind.

Beim Stammeln ist die Ursache selten eine anatomische Verbildung der sprachbildenden Räume, sondern meist eine funktionelle Störung oder eine Fehlinnervation. Das Stammeln kann ebenso wie das Stottern eine physiologische Zwischenstufe sein. Es manifestiert sich als unrichtige Artikulation einzelner oder mehrerer Laute, Verstümmelung der Wörter im Sinne eines Sigmatismus oder Rotazismus oder als universelles Stammeln. (ASPERGER, 1952)

Die therapeutisch notwendigen logopädischen Maßnahmen werden nicht nur die Sprechmotorik üben, sondern außerdem eine Begriffsschulung beinhalten müssen. Als weitere Komplikation können auch Sprachstörungen psychoreaktive Störungen auftreten. ZÜBLIN ist der Ansicht, daß sich fast immer eine Sprachstörung auf die psychische Entwicklung und auf das Sozialleben ungünstig auswirkt. Die eminente Bedeutung der Sprache möge ein Satz ASPERGERs (1952) verdeutlichen: "Aus dem Gespräch läßt sich darum nicht nur die Art des Denkens, die Intelligenzhöhe eines Menschen bestimmen, sondern auch Wesentliches seiner Tiefenperson, seines Gefühlslebens seiner Vitalität, seiner Stimmungslage, seiner Triebhaftigkeit".

c) Enuresis

Im Rahmen der kindlichen Entwicklung beginnt sich normalerweise zu Beginn des zweiten Lebensjahres die Sauberkeitsgewöhnung einzustellen. Mit drei Jahren haben die meisten Kinder ein solches Maß an körperlicher und psychischer Reifung erreicht, daß sie sauber sind. (SIUTTE)

Bei Einnässen in diesem Alter werden urologische neben internistischen und die uns hier interessierenden kinderpsychiatrischen und psychologischen Untersuchungen zur diagnostischen Abklärung notwendig sein. Ursächlich könnte es sich um eine Mißbildung im Bereich der harnableitenden Wege handeln; in der Mehrzahl der Fälle trifft dies jedoch nicht zu. Oft ist bei der Enuresis eine familiäre Häufung zu verzeichnen. (ZÜBLIN) Weitaus die meisten Fälle bieten das Bild eines psychogenen Auslösungsmechanismus. (DIESING und DITTMANN-MITSCHERLICH) ASPERGER (1952) betrachtet den Enuretiker als Neuropathen. ZÜBLIN fand bei Enuretikern im EEG häufiger Anhaltspunkte für Hirnstörungen und außerdem öfter eine spina bifida occulta als bei Normalkindern. Er vermutet bei diesen Patienten eine besonders große Schlaftiefe. LABAR fertigte elektrographische Studien des Schlafes an. Dieser Autor geht davon aus, daß der Bettnässer meistens zwei mal pro Nacht einnässt. Daraus ergeben sich dann verschiedene Zyklen. Nach der ersten Miktion folgt eine Phase leichten Schla-

fes. Darm schließt sich die zweite Miktion an. Der erste Zyklus ist weitgehend von beständiger Zeitdauer, während die zweite Phase oftmals in ihrer Länge variiert. Der Verfasser gibt nun mit seinem therapeutischen Arbeitsprogramm folgende Hilfen: die Mutter soll das Kind vor der ersten Miktion wecken. Das Kind soll dann Harn lassen. Die Urinmenge der zweiten Miktion ist abhängig vom Stundenablauf. Nach dieser soll die Mutter den Zeitpunkt der zweiten Miktion schätzen und das Kind davor wecken. DIESING und DIAMANN-MITSCHERLICH berücksichtigen bei ihrem Therapievorschlag die psychogene Komponente dieser Krankheit. Ihrer Ansicht nach soll die Behandlung des Leidens Kind und Umwelt erfassen. Die Mutter soll mit ihrem Kind Abendspaziergänge unternehmen und es dabei reden lassen. Dadurch kann sich der Patient abreagieren und die Mutter gewinnt eine andere Einstellung zu ihrem Kinde. Ein intensiver Kontakt der Mutter zum behandelnden Arzt ist hier unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Therapie. Die Autoren versprechen sich mit dieser Behandlungsform außer bei der Enuresis auch bei anderen neurotischen Störungen von Kindern gute Erfolge. Auch ZÖBLIN ist ähnlicher Ansicht. Seiner Meinung nach leidet das Kind auf verschiedene Weise und bedarf einer Entspannung und besseren Kontaktpflege. Die Heilung wird oftmals lange auf sich warten lassen, und die Krankheit unter ungünstigen seelischen Bedingungen Remissionen unterworfen sein. Diese seelischen Noxen auszuschalten

ist Aufgabe des Therapeuten. Es gibt ebensowenig einen "Enuresischarakter", (STUTTE zit.n. ASPERGER) wie die Krankheit Ausdruck einer mangelnden Persönlichkeitsentwicklung ist.(STUTTE) Verhaltenstherapeutisch orientierte Kinderpsychologen und Kinderpsychiater behandeln die Enuretiker seit einigen Jahren auch wieder mit einem Weckapparat.(STEGAT)

2. Frühkindlicher Hirnschaden

Die Gründe für das Auftreten eines Hirnschadens im weitesten Sinne sind vielschichtiger Natur. Es kann sich sowohl um Störungen der Hirnfunktion im Sinne von Mißbildungen oder Reifungsstörungen des ZNS, um Störungen des Hirnstoffwechsels und des Hirnchemismus, als auch um traumatisch bedingte Schädigung von Nervenzellen oder Kernen handeln.(ZÜBLIN) ZÜBLIN ist der Ansicht, daß die Schwere einer akuten Erkrankung in etwa der Schwere eines bleibenden Hirnschadens entspricht. Faktoren, wie Art der Erkrankung, Milieu- und konstitutionelle Faktoren, aber auch das Lebensalter spielen eine entscheidende Rolle bei der Ausprägung. Trotz dieser Polyätiologie steht auf der Seite der Psychopathologie ein relativ scharf abgegrenzter Bezirk. Nach LUTZ handelt es sich dabei um folgende Syndrome: Schwachsinn, Hirnschadensyndrom, Syndrom der Bewußtseinsstörung und schließlich Retardation der psychischen Entwicklung. Es ist aber auch heute noch nicht möglich, von psychischen Symptomen auf die Ursache der Hirnstörung zu schließen.

Die Zahl der hirngeschädigten Kinder ist im Wachsen begriffen, nicht zuletzt weil wegen des Fortschritts der Perinatalmedizin viel mehr Frühgeburten am Leben erhalten werden können. Wenig Erfolge sind jedoch noch bezüglich der im wesentlichen durch geburtstraumatische cerebrale Schädigungen bedingten kindlichen Mortalität zu verzeichnen.(SCHMIDT) ASPERGER (1966) führt weiter aus, daß heute schwierigere soziale Umstände bestehen und damit eine Eingliederung in die Familie und die wirtschaftlichen Gegebenheiten eine größere Problematik als früher erlangt haben; ein hirngeschädigtes Kind ist ein Gesellschaftsmakel. CREAK geht sogar soweit, daß eher etwas für das geistig behinderte Kind getan würde, als daß man sich in seine Lage versetzte. Den Grund dafür vermutet er in Kommunikationsschwierigkeiten.

Wodurch kommt es aber zum frühkindlichen Hirnschaden? Früher war man der Ansicht, daß der Grund dafür allein im Trauma der Geburt zu suchen sei. Heute aber macht man außerdem verschiedenartige, im einzelnen noch nicht geklärte Faktoren, dafür verantwortlich. Es wird außerdem bei der Pathogenese auf die elektive Lokalisation der geburtstraumatischen Hirnschäden im Abflußgebiet der inneren Hohlvenen hingewiesen.(SCHMIDT) Dazu kommen noch die Hirnläsionen während oder unmittelbar nach der Geburt, bedingt durch äußere, bzw. mechanische Faktoren. Daraus ergeben sich unter Umständen Verlagerungen oder Verformungen des Schädelinhalts, die intracranielle, bzw. intracerebrale Veränderungen verschiedener Art, Lokalisation und Ausmaßes nach sich ziehen.(SCHMIDT) Sowohl dieser Untersucher wie auch BENDA betrachten die Geburt

mit ihren potentiellen mechanischen, histochemischen und traumatischen Einflüssen als besonders gefährdend. Jedoch wird es sich immer um ein Zusammenspiel vieler Faktoren handeln. Zu erwähnen ist hier außerdem die umschriebene oder gänzliche Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr zum Gehirn. Die Gründe hierfür sind mannigfacher Natur. Es kann sich dabei um Zwillingsgeburt, angeborene Herzfehler, Nabelschnurvorfall oder beispielsweise um Eklampsie handeln, um nur einige aufzuführen.(BENDA) Alle Patienten hingegen zeichnen sich durch psychische Leistungsschwäche, Gefühls- und Antriebsveränderung und außerdem durch eine Entwicklungsgefährdung aus. Die letztere kann sich als Retardierung, sekundärer Schwachsinn oder auch als Demenz manifestieren.(LUTZ) GÖLLNITZ prägte den Begriff "kindlich hirnorganisches Achsensyndrom". Er möchte damit eine Leistungsinsuffizienz des gesamten Gehirns unabhängig von jeder Lokalisation bezeichnet wissen.

Diejenigen Charakterveränderungen jedoch, die nach einer Encephalitis auftreten, sind nach Meinung ASPERGERs (1952) schwierig zu behandeln, was ihre pädagogische Komponente betrifft. Ihnen gemeinsam ist eine Desintegration der Persönlichkeit in den verschiedensten Formen.

Die intrafamiliäre Situation von cerebralgeschädigten Kindern ist wegen der Störungen und Auffälligkeiten dieser Patientengruppe meist erheblich angespannter als im Normalfall. SERRANO und WILSON vermuten deswegen eine Modifikation der Störungen im Sinne einer

Verschlechterung. Die Forderung nach Sanierung des Milieus und angemessener Einstellung zum Patienten schließt sich daran an.

Nachdem weiter oben ausgeführt wurde, wie sich der Hirnschaden manifestieren kann, so erhebt sich jetzt die Frage nach der Diagnose. Dazu sind die Untersuchungs- und Testmethoden der Psychologie von größtem Nutzen. Das Persistieren der unmittelbaren Aufmerksamkeit erachtet LEMPP als typisch für diese Patientengruppe. Von ihm stammt der Begriff"frühkindlich exogenes Psychosyndrom". Auch BOTTENBERG fand einen spezifischen Faktor, der in Zusammenhang mit der leistungsmäßigen Reizbeherrschung stehen soll. Dazu kommt noch eine soziale Distanzstörung, die sehr häufig bei Hirnorganikern auftritt.(LEMPP, LUTZ) SPECHT spricht von einer Störung der Basissozialisierung.

GÖLLNITZ hält die schlechte Motorik für den sichersten Ausdruck der Hirnschädigung. Dieser Autor geht sogar so weit, daß dieses Kriterium sicherer sei als neurologische Untersuchungsmethoden. GEISLER und FÖRSTER drücken das nicht so pointiert aus. Sowohl diese Autoren wie auch PARNITZKE und REGEL schlagen als Methode, rückständige Motorik, die ja meist qualitativ festgestellt wird, zu quantifizieren ein motoskopisches Verfahren nach HÜNNEKENS, KIPHARD und KESSELMANN vor. GÖLLNITZ vermutet außerdem eine Störung der visuellen Wahrnehmung, die unabhängig vom Niveau der Intelligenz des Hirnorganikers sein soll. Die psychologische Diagnostik frühkindlicher Hirn-

schäden in der Praxis wird vor allem mit Hilfe des HAWIK (HARDESTY und PRIESTER) bzw. HAWIE (WECHSLER), der Tests von RORSCHACH (WUNDERLICH), BENTON (BENTON 1961, BENTON und SPREEN) und BENDER (PASCAL) möglich sein.

An den Schluß dieser Betrachtung sei ein Wort H. MÜLLERS gestellt, das diese Problematik hirngeschädigter Kinder verdeutlicht: "Es gilt, dem Defaitismus mit beruhigendem Optimismus zu begegnen, die verständliche Neigung der Eltern zu paramedizinischen Methoden zu steuern und stets ein waches Auge für Veränderungen an seinem Patienten und ein warmes Herz für seine Sonderlichkeit zu haben".

3. Oligophrenie

Beim Schwachsinn handelt es sich um eine der häufigsten Störungen des Kindesalters, nach LUTZ ist es die häufigste überhaupt. ZÜBLIN schätzt, daß 3 bis 4 % der Bevölkerung schwachsinnig sind. Auch BLEULER zit. nach LUTZ ist ähnlicher Ansicht: er spricht von 1 bis 2 % "deutlich" Schwachsinnigen in der Gesamtbevölkerung. In unserer Untersuchung bestand bei 19,4 % (187) der erfassten Kinder und Jugendlichen eine Oligophrenie.

a) Definition

"Ein Mensch ist vom Rechtsstandpunkt oligophren, wenn er nicht imstande ist, sich selbst und seine Angelegenheiten zu besorgen und wenn er dies auch nicht lernen kann, sondern zu sei-

nem eigenen und dem Wohle der Gesellschaft Überwachung, Kontrolle und Fürsorge braucht". (BENDA) BENDA hält den Ausdruck "geistige Entwicklungsstörung" für angemessener. Ebenso ZÜBLIN empfindet den Begriff "Schwachsinn" als zu farblos; seiner Ansicht nach handelt es sich um "eine Hemmung im Aufbau der gesamten Persönlichkeit". ASPERGER (1952) sieht ebenfalls im Schwachsinn nicht bloß eine Störung der Intelligenz, sondern "einen Defekt der ganzen Persönlichkeit, weit über das bloß Verstandesmäßige hinaus". Es handelt sich also um eine Entwicklungsbeschränkung, die im einzelnen beeinflußbar, im ganzen aber endgültig ist.(LUTZ) Daraus ergibt sich, daß es sich erst dann um Schwachsinn handelt, wenn die Reifung auf die Dauer unvollständig bleibt(BENDA) Es versteht sich von selbst, daß die unter Umständen schwierige Differentialdiagnose: Retardierung oder Schwachsinn auch auf Grund dieses Kriteriums gestellt werden muß.

b) Geschichtliches

In früheren Jahrhunderten wurde der Schwachsinn als Ganzes nicht differenziert. Erst mit dem Beginn des 2o. Jahrhunderts entdeckte man zuverlässige Kriterien zur Intelligenzmessung und konnte diese so zur Schwachsinnsdiagnose anwenden.(POTTER) Auch ergab sich eine Änderung der Betrachtungsweise bezüglich der geistigen Behinderung: wenn man früher fatalistisch eingestellt war, so beginnt sich heute Optimismus

durchzusetzen.(BENTON, 1965) Erst seit einem Jahrzehnt gibt es bei uns eine psychologische Schwachsinnsforschung, die auf statistischen Methoden, wie z.B. der Faktorenanalyse basiert und sich im wesentlichen auf die Intelligenzstruktur bezieht.(WEWETZER, 1958) Davor arbeitete man mit gestaltpsychologischen Theorien.(AMELANG und ZIMMERMANN, DUHM, BLEIDICK) Auch die somatische Abklärung der Oligophrenien hat in den letzten 4o Jahren große Erfolge erzielt. So konnte die oft genetisch fixierte Ursache zahlreicher Oligophrenien, wie z.B. bei der Phenylketonurie abgeklärt werden. Bei einigen dieser stoffwechselbedingten Krankheitsbilder erreicht man durch Spezialdiäten eine fast normale Entwicklung der betroffenen Kinder.

c) Ätiologie

LUTZ gibt eine Gliederung der Ursachen des Schwachsinns. Sie sei hier der Übersichtlichkeit wegen aufgeführt.

a) Vererbung
b) Umweltfaktoren
    1. als Körperschädigung
        aa) chromosomale Schädigung
        bb) pränatale Schädigung
        cc) perinatale Schädigung
        dd) postnatale Schädigung
    2. als primär psychische Entwicklungsbehinderung.

POTTER legt hirnorganische, metabolische und chromosomopathische Ursachen dem Schwachsinn zugrunde. Auch ZÜBLIN vermutet als Grund für diese Störung eine frühe, meist vorgeburtliche organische Hirnstörung. Außerdem scheint es noch eine kulturelle familiäre geistige Behinderung zu geben, deren Gründe ein niedriger sozioökonomischer Status, äußere Entbehrungen aller Art, eine Abweichung von der durchschnittlichen Intelligenz von nicht mehr als dreifacher Standardabweichung und eine aus sicherlich vielen Faktoren bestehende genetische Komponente zu sein scheinen. (BENTON, 1965)

d) Manifestationen

Viele Autoren heben eine gewisse Korrelation zwischen Motorik und Intelligenz hervor. Das schwachsinnige Kind leidet unter einem motorischen Rückstand. (BONDY, COHEN, EGGERT und LÜER, 1967, GOERTZ, KURZREITER, LÜER, SCHOLZ-EHRSAM, SEEBANDT (1964), WEGENER 196o, 1963 a) Dieser Rückstand manifestiert sich in mangelnder Bewegungsbegabung, schlechtem Bewegungsinstinkt und schlechter praktischer Intelligenz. Hinzu kommt eine Verlangsamung der Gesamtentwicklung. (ASPERGER, 1952) In deren Rahmen können dann auch Sprachstörungen wie Stammeln oder Stottern oder Störungen des Sprachniveaus auftreten. (BUSEMANN, 1959 b) Die Intelligenztests können solche Störungen eindrucksvoll diagnostizieren. Die Sprache der Schwachsinnigen wird

also durch Wortarmut, Situations- und Sachgebundenheit und konkreten Bezug gekennzeichnet sein. Jedoch sind diese Störungen des Sprachniveaus schwieriger zu erfassen als die anderen oben aufgeführten Sprachstörungen. (HILDEBRAND, NEUHAUS, REBMANN, 1957, 1959, POHL)

JOSEF untersuchte das Verhalten von Hilfsschülern Spielregeln gegenüber und konnte feststellen, daß sie diese eigenmächtig abwandelten und demokratische Haltung vermissen liessen. Auch GOTTSCHALDT und BUSEMANN (1959 a) halten ein gestörtes Sozialverhalten bei Schwachsinn für charakteristisch. BERG (1963, 1964) vermutet eine besondere Enge des Erlebnisraumes des Schwachsinnigen und eine enge Mutterbindung. Für die Handlungen Schwachsinniger prägte GOTTSCHALDT den Begriff "primitives Geschehen". Er soll verdeutlichen, daß die Handlungen dieser Patientengruppe nicht zielgerichtet sinnhaft seien. Auch RÖSLERs Untersuchungen laufen dahinaus, daß er bei den Handlungen Oligophrener hierarchische Ordnung und Integration vermißt.

e) Diagnose

Die Intelligenzprüfung durch einen Psychologen ist für die Feststellung des Grades des Schwachsinns von eminenter Bedeutung. Dies trifft allerdings für besondere schwere Fälle nicht zu (HAMPEL und EWERT), da die meisten standardisierten Testverfahren Intelligenzquotienten von unter 45 Punkten nicht erfassen. Die neue Testbatterie

für geistig behinderte Kinder (TBGB) von BONDY, COHEN, EGGERT und LÜER (1969) ermöglicht allerdings eine bessere Differenzierung in den unteren Intelligenzbereichen. Oftmals wird der motorische Rückstand recht leicht, die dahinter stehende psychische Retardierung jedoch schwer festzustellen sein. (POTTER) Während dem normalen Kind Eigenschaften wie Aufmerksamkeit, Aktivität und Reinlichkeit zu eigen sind, so sind dem Oligophrenen Ermüdbarkeit, Aggressivität und Erethie oder Torpidität zuzuordnen. Darüber hinaus vermutet GUTIERREZ GOMEZ keine fundamentalen qualitativen Charakterunterschiede zwischen Normalen und Geistesschwachen. Die hellenische Philosophie prägte den Begriff "Kalogatha" das heißt, wer schön sei, sei auch gut; wer nicht gut sei, der sei auch nicht schön. Dahinter steht eine scharfe Beobachtungsgabe. "Seelische Abartigkeiten offenbaren sich im körperlichen Bild oft durch geringere oder grössere Abweichungen von der Norm, eben der "degenerativen Stigmen". (ASPERGER. 1952) Auch LUTZ fand diese Degenerationszeichen, die sich an Haaransatz, Haarwuchs, Augen, Ohren, Ohrform, Skelett und vielem anderen mehr manigestieren, bei Oligophrenen gehäuft.

f) Therapie

Die Therapie wird abhängig sein von der Ausprägung des Schwachsinns und von den umgebenden Verhältnissen. Hier, wie auch auf dem Gebiet der

gesamten Kinderpsychiatrie gilt wieder, daß durch Frühdiagnose milieubedingte Fehlentwicklungen oft verhindert werden und kompensatorische Maßnahmen ergriffen werden können. (CREAK) Die Forderung, den Oligophrenen nicht den Kontakt zur Umwelt verlieren zu lassen, ist ein wichtiger Bestandteil des Therapieprogramms. (CREAK, LUTZ) BENDA gibt eine Zusammenstellung dieser verschiedenen Faktoren, die therapiebestimmend sind.

1. Bei einem IQ über 50 und normaler körperlicher Entwicklung sei die geistige Behinderung nicht das Hauptproblem. Diese Patienten können jedoch seelische Konflikte nur unvollkommen mit Hilfe des Verstandes bewältigen.
2. Das Zusammentreffen von verminderter Intelligenz mit ungünstigen Familienverhältnissen und Umweltbedingungen ist gleichermaßen eine erzieherische, wie auch psychiatrische Aufgabe. Der Unterricht muß durch einen erfahrenen Pädagogen so gestaltet werden, daß das Gefühl des Versagens nicht auftreten kann und so die Lust an der Mitarbeit verloren geht. Ein Teil dieser Patientengruppe wird unter Umständen straffällig.
3. Bei Patienten mit einem niedrigen IQ, verbunden mit körperlicher Retardierung, ist große seelische Zuwendung und erzieherische Führung notwendig. Eine unterstützende gymnastische Übungsbehandlung kann gute Erfolge zeigen.
4. Bei schweren Oligophrenien handelt es sich nach BENDA meist um ein Symptom eines hirnorganischen Syndroms. Die Therapie wird in solchen Fällen ganz individuell gestaltet werden müssen.

Im Mittelpunkt der Behandlung des Schwachsinns steht die Heilpädagogik; eine medikamentöse Therapie wird von LUTZ nur als Vorbereitung darauf gesehen. Die Aufklärung der Eltern durch den Jugendpsychiater wird die soziale Anpassung in vielen Fällen erleichtern können. (WALTHER-BÜEL)

g) Prognose

Nach LUTZ ist sie ohne heilpädagogische und ärztliche Hilfe für das ganze Leben schlecht. Heilungen werden kaum erzielt, doch wird manchmal eine gewisse Besserung verschiedenen Grades erreicht. Beim Erbschwachsinn kann unter Umständen eine Nachreifung stattfinden, bei den sekundären Schwachsinnsformen soll sie jedoch seltener vorkommen. (WALTHER-BÜEL) In der Familie kommt es darauf an, dem Kind mit Verständnis und Geschick zu begegnen. Dies wird nicht zuletzt für das Schicksal des Patienten von großer Bedeutung sein. (BENDA)

h) Psychologische Theorien

Wie bereits weiter oben ausgeführt, wurden bis vor 1o Jahren von Autoren wie AMELANG, BLEIDICK und DUHM gestaltpsychologische Erwägungen zu Schwachsinnstheorien herangezogen. Die Gestalttheorie besagt, daß die Teilveränderung eines Individuums zu einer Beeinträchtigung der Gesamtpersönlichkeit führt; dadurch wird die Gestaltverarbeitung abgewandelt. BLEIDICK vermutet eine sogenannte Gestaltgliederungsschwäche

bei Oligophrenen, sie sollen diffus ganzheitlich wahrnehmen im Gegensatz zum normalen Kind. Die Feststellung dieser Gestaltgliederungsschwäche zur Charakterisierung der Intelligenz genügt allein nicht, jedoch stehen visuelle Wahrnehmung und viso-motorische Koordination in enger Beziehung zur Intelligenz. (BLEIDICK) Heute wird bei uns in Deutschland zum Teil eine faktorenanalytisch orientierte Schwachsinnsforschung praktiziert, die hauptsächlich die Intelligenzstruktur untersucht. WEWETZER (1958) legte mit seiner Divergenzhypothese 1958 im deutschen Sprachgebiet den Grundstein zur faktorenanalytischen Schwachsinnsforschung. Er verglich 1959 Faktorenstrukturen von Hirngeschädigten mit denen Normaler und fand bei Hirngeschädigten eine andere Differenzierung, nämlich einen völligen Strukturwandel. Er stellte besonders schlechtes visuell-motorisches Detailgedächtnis und fehlende Kausalität der Handlungen fest. Die Intelligenz der hirngeschädigten Kinder war nicht herabgesetzt gegenüber Normalen, sondern wies ebenfalls eine breite Streuung über den Bereich der Intelligenz auf. LIENERT und LIENERT und FABER konnten die Divergenzhypothese empirisch belegen, während andere Autoren (z.B. EYFERTH und AMELANG und ZIMMERMANN) anderslautende Ergebnisse fanden. Sowohl BUSEMANN (1959 b) wie auch WITTMANN vermuten, daß der IQ von Schwachsinnigen relativ konstant sei. GEISLER und FÖRSTER betrachten den MQ, den motorischen Quotienten. Er lag bei endogen Schwach-

sinnigen sogar über dem IQ, jedoch unter dem Durchschnitt. Im Normalfall können große negative Abweichungen von MQ zu IQ auftreten.

Die Leistungsmotivation spielt bei zu erbringenden Leistungen eine eminente Rolle. GOTTSCHALDT ist der Ansicht, daß Schwachsinnige bei ihren Handlungen weder Mißerfolg noch Erfolg erleben. Er glaubt, daß sie keine Leistung erzielen wollen und ihnen eine Ersatzhandlung genüge. Der Grund dafür sei fehlender sozialer Bezug. Auch HELM sieht in mangelnder sozialer Integration den Grund für die starren, nicht zielfesten und mit geringerem Konflikt versehenen Handlungen von Oligophrenen.

Über die Persönlichkeitsstruktur des Schwachsinnigen wissen wir nur wenig, weil es noch an objektiven Verfahren zur Messung der Persönlichkeit und befriedigenden Persönlichkeitstheorien mangelt. Von BUSEMANN (1959 b) wird eine verlangsamte Differenzierung zwischen Ich und Umwelt - eine Ich-Schwäche - angenommen. Daß Schwachsinnige Rangordnungen in Bezug auf Wertigkeit der Einzelperson aufstellen, beobachten sowohl JOSEF als auch LÄPPLE. Als Kriterien dafür werden Spielregelbeherrschung, äußere Erscheinung, Milieu und Schulleistung angenommen. Das Urteil des Lehrers sei hierbei jedoch nicht von Bedeutung. LÄPPLE glaubt an einen Rückstand

von zwei Jahren im sozialen Erleben der Hilfsschüler gegenüber den Volksschülern.

i) Schwierigkeiten und Folgen

Ein Großteil der Schwierigkeiten ergibt sich erst aus der Haltung der Umwelt gegenüber dem Oligophrenen. Die Familie wird ihm Zuwendung und Aufmerksamkeit entgegenbringen, die er jedoch nicht erwidern kann, er reagiert also unangepaßt. Das Kind wird sich absondern und früh vereinsamen. Beurteilungen wie "faul, träge, will nicht mitmachen" werden dann bald ausgesprochen, und es entwickelt sich beim Oligophrenen ein Minderwertigkeitskomplex, der so weitgehende Folgen hat, daß das Kind nicht einmal mehr Leistungen vollbringt, zu denen es eigentlich in der Lage ist. Auf Grund dieser Fehlbehandlung bleibt es dann hinter seinem Intelligenzalter zurück. (BENDA) Sowohl das Interesse am Schicksal des in irgend einer Form behinderten Kindes, als auch die Informiertheit darüber sind sehr gering. (KREBS, LEMPP)

Bei Schwachsinn sind sowohl intellektuelle als auch psychische Funktionen betroffen. (ZÜBLIN) Die während der Schulzeit und zum Teil noch zu Beginn der Berufstätigkeit auftretende schlechte Sozialanpassung hält KREBS nur für vorübergehend. Sollte nicht wenigstens eine teilweise Anpassung und relative Unauffälligkeit bis zum dritten Lebensjahrzehnt erreicht worden sein, so ist die Schuld der Umgebung zuzuschreiben. (WEGENER, 1963 b)

Zwischen Berufsausübung und Intelligenz besteht eine gewisse Beziehung. Ein IQ unter 57 macht laut HAMPEL und EWERT eine Berufsausübung unmöglich. Allerdings ist es die Gesellschaft, die die Normen für Berufstüchtigkeit setzt. Somit ist dies wegen veränderlichen Anschauungen eine Variable. Was die Wahl des Berufes betrifft, so glauben JORSWIECK und SASSE, daß oftmals ein falscher, das heißt zu schwieriger Beruf, wegen Überschätzung der Leistungsmöglichkeiten gewählt wird. Deshalb kommt es bei Schwachsinnigen häufig zu Wechsel des Arbeitsplatzes, oder Abbruch der Lehrzeit. Meist arbeiten Sonderschüler dann in angelernten oder ungelernten Berufen, die sie dann aber zufriedenstellend ausfüllen. Sie wechseln dann auch nicht öfter als die Norm den Arbeitsplatz.(ENGELMANN, KLAVER, HEYDRICH, v. LAAK, NAUMANN, SCHADE 1963 a + b, SEIFART, WEGENER 1963 a + b) Die nach den modernen Schulgesetzen bestehenden oder möglichen Formen der Beschulung z.B. in den Sonderschulen für lernbehinderte oder geistig Behinderte, in heilpädagogischen Heimen oder in Einrichtungen der "Lebenshilfe" werden in Zukunft weitgehend erhebliche soziale Fehlentwicklungen mitverhindern.

4. Retardierung

Bei einer Retardierung ergibt sich gerade in den ersten Lebensjahren die besondere Schwierigkeit, einen sich dahinter verbergenden Schwachsinn auszu-

schließen. Wir unterscheiden eine beschleunigte von einer verlangsamten Entwicklung; beide können partiell oder universell ausgebildet sein.(LUTZ) Im modernen Industriezeitalter ist eine Akzeleration feststellbar. Daraus ergibt sich eine grössere Breite des Normbereiches und eine erschwerte Diagnose.(STUTTE) Die psychologischen Testmethoden vermitteln uns über die Regelhaftigkeit des Ablaufs der Entwicklung des Durchschnittsmenschen einen Bezugsrahmen. Wenn sich ausnehmend begabte Kinder schneller entwickeln, so besagt dies noch nicht, daß ihr IQ später unbedingt höher liegen muß, genausowenig wie bei Kindern, die ein bestimmtes geistiges Niveau erst später als die Norm erreichen, der Intelligenzquotient niedriger sein muß.

Die Gründe hierfür sind psychologische, soziologische, kulturelle und somatische Faktoren.(BENDA)

Der Entwicklungsrückstand kann persistenter (qualitativer), wie auch temporärer Art sein. Die letztere ist ausgleichbar. Dann handelt es sich nach der Definition um eine Retardierung, während man bei fehlender Kompensation von einer Oligophrenie sprechen muß. Die Schwierigkeit besteht nun darin - laut STUTTE - diese beiden Modifikationen auseinanderzuhalten und zwar in einer Lebensphase, in der noch alles in der Entwicklung begriffen ist. Auch fehlen uns noch trennscharfe Untersuchungs- und Testmethoden. Der Verdacht auf geistige Retardierung wird normalerweise im ersten Lebensjahr gestellt werden. Allerdings ist es zu diesem Zeit-

punkt noch praktisch unmöglich, mit psychologischen Testmethoden den geistigen Entwicklungsstand sicher festzustellen. In den ersten Lebensjahren kann man die BÜHLER-HETZER-Kleinkinder-Tests, ab drei Jahren etwa den Binet-Simon-Test (PROBST) und ab sechs Jahren schließlich den HAWIK anwenden. Da die Durchführung dieser Tests wegen des Alters der Probanden mit größeren Schwierigkeiten verbunden sein kann, fordern KOCH, GRALIKER, BRONSTON und FISHLER den Arzt auf, sein Augenmerk auf Begleitdefekte aller Art zu richten. "Jede gröbere Abweichung von der altersgerechten somato-psychischen Reifung erschwert für das Kind die Bewältigung der gestellten Daseinsanforderungen und begünstigt das Auftreten abnormer Charakterentwicklungen, neurotischer Fehlhaltungen und sozialer Anpassungsstörungen". (STUTTE)

5. Epilepsie

Einen weiteren wichtigen Stellenwert in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nehmen die verschiedenen Formen der Epilepsie ein. 15o Patienten wurden mit einem cerebralen Anfallsleiden in der Poliklinik für Kinder und Jugendliche vorgestellt, das sind 15,6 % aller untersuchten Patienten.

a) Geschichtliches

Die Epilepsie ist ein schon sehr lange bekanntes Leiden. Bereits etwa 2ooo v. Chr. gibt es darüber Schriften in Mesopotamien. Deren Verfasser ist Hammurabi. Auch HIPPOKRATES (4oo v. Chr.) be-

schreibt das Leiden. Von den Griechen stammt auch die Bezeichnung "heilige Krankheit". Geheimnisumwittert war die Krankheit immer und oft wurde sie als gottgewollt betrachtet. Selbst noch heute hat der Anfallskranke mit sozialen Schwierigkeiten zu rechnen und zu kämpfen, wie weiter unten noch dargestellt werden wird. Trotz der Tatsache, daß das Leiden schon so lange bekannt ist, wurden erst die letzten einhundert Jahre von größerer Bedeutung für dessen Therapie, sei sie medikamentös oder operativ.(DREYER)

b) Definition und Differentialdiagnose der Epilepsie

DOOSE und MATTHES sehen in der Chronizität ein Hauptmerkmal der Epilepsie. MATTHES verlangt darüber hinaus, daß eine auslösende Ursache für einen Anfall fehle. Mit Hilfe dieses Ausschlusses stellt er nämlich die Differentialdiagnose zu Fieber- und Infektkrämpfen, - also zu Gelegenheitskrämpfen.

DOOSE gibt an, daß sich bei 1o bis 15 % solcher Patienten eine Epilepsie entwickle. ASPERGER (1952) erklärt den epileptischen Anfall als Gehirnsymptom und als Beweis "für eine akute cerebrale Störung oder einen Folgezustand nach einer solchen".

c) Ätiologie

Als Ursachen der Krankheit kommen vielerlei Faktoren in Frage. Andeutungsweise handelt es sich dabei um

1. Störungen der Hirnentwicklung während der Schwangerschaft durch Krankheiten, Unfälle oder Vergiftungen der Mutter
2. Perinatale Schädigungen (z.B. Gebutrstrauma)
3. Postnatale Schädigungen (z.B. Hirnhaut- oder Gehirnentzündung im frühen Kindesalter)
4. Schädel-Hirn-Traumen
5. Fortschreitende Hirnerkrankungen wie raumfordernde Prozesse.

Außerdem können noch Stoffwechselstörungen, Störungen des Mineralhaushaltes, Ernährungsstörungen und metabolisch-genetische Ursachen für Krampfanfälle verantwortlich gemacht werden. (FUNK)

d) Statistische Angaben

Die Zahlenangaben über die Häufigkeit der Epilepsie streuen wenig. Sowohl LUTZ als auch DOOSE schätzen die Morbidität auf o,4 bis o,6 %. DOOSE vermutet 2oo - 25oooo Epileptiker in Deutschland. GRÜTZNER macht die gleichen Angaben. Demnach ist die Zahl der an Epilepsie Erkrankten ebenso hoch wie die der an Tuberkulose und Diabetes Leidenden. ZÜBLIN vermutet, daß ein halbes Prozent der Bevölkerung Epileptiker im eigentlichen Sinne sei, nämlich mit lange dauernden Krankheiten, mit Anfällen und/oder Absencen. DREYER nimmt an, daß ein Epileptiker auf 15o - 2oo Personen der Durchschnittsbevölkerung kommt. Als erwähnenswert erscheint noch, daß DOOSE in der Hälfte der Fälle einen Beginn der

Krankheit bereits in der Kindheit vermutet.

e) Formen

GRÜTZNER teilt die Anfallsformen nach ihrem klinischen Bild ein.

1. Grand-mal = großer epileptischer Anfall, nicht altersgebunden
2. Petit-mal Gruppe (an verschiedene kindliche Altersstufen gebunden)
   a) Absenz
   b) Propulsiv-Petit-mal
   c) Impulsiv-Petit-mal
3. Fokale Anfallsformen = Jackson-Epilepsie
4. Psychomotorische Anfälle
5. Sonderformen

Im Kindesalter treten häufig atypische Formen auf, die oft recht schwierig zu diagnostizieren sind und deswegen nicht oder falsch behandelt werden. NOGARA wie auch LUTZ sprechen von speziellen Kleinkind-, Kinder- und Jugendformen der Epilepsie. NOGARA vertritt die Ansicht, daß in der frühen Kindheit dabei ein wenig differenziertes, impulsives Verhalten vorherrsche, während später eine auffälligere Strukturierung dominiere, etwa im Sinne des "klebrigen Typs", bei dem das frühreife Kind die Züge von Erwachsenen annimmt.

f) Diagnose

Die Diagnose Epilepsie ist nicht immer einfach zu stellen, da gerade im Kindesalter oft unspezi-

fische, ja banale Erscheinungen auftreten, die den Verdacht auf Epilepsie als falsch erscheinen lassen. Dabei kann es sich um Verhaltensstörungen, Schriftstörungen, Enuresis, Fieberkrämpfe und ähnliches mehr handeln.(SCHWEINGRUBER) Allein mit Hilfe des EEGs ist die Diagnose Epilepsie auch noch nicht exakt zu stellen, doch ist diese leicht durchzuführende Untersuchungsmethode zur Abklärung des Krankheitsbildes von größter Bedeutung. Bei 2o % der klinisch sicheren Epilepsien ist im EEG kein pathologischer Befund zu erheben, während bei 1o % der gesunden Durchschnittsbevölkerung EEG-Veränderungen im Sinne einer Epilepsie zu beobachten sind.(LUTZ, ZÜBLIN) LUTZ warnt außerdem vor falschen Ergebnissen, die dadurch entstehen können, daß während einer psychologischen Untersuchung eines Epileptikers die vielleicht bereits begonnene medikamentöse Therapie bei Befunden nicht berücksichtigt wird. Um eine Anfallstherapie erfolgreich durchführen zu können, muß das Krankheitsbild genau abgeklärt werden. Die sorgfältige und genaue Anamnese ist die Grundlage jeglicher Diagnose. Eine klinische Aufnahme ist zur Klärung des Anfallsgeschehens erforderlich. Die Bedeutung des EEGs braucht hier nicht besonders hervorgehoben zu werden. Sobald Zweifel an der Natur und Ursache des Leidens bestehen, ist es Aufgabe des Arztes, einen raumfordernden Prozess durch Angiographie, Pneumocephalographie und Echo-EG auszuschließen.(DOOSE)

g) Therapie

Ein der Hauptforderungen für die Erziehung des epileptischen Kindes lautet dahingehend, das anfallskranke Kind wie ein gesundes zu erziehen und sich um jeden Preis vor einem Abschirmen von Allem zu hüten.(DREYER, GRÜTZNER) Darüber hinaus schlägt DREYER eine Diät vor, die nicht zu viel Flüssigkeit und Kohlehydrate, dafür aber mehr Fett enthalten soll. Für ein operatives Eingreifen sind eine genügend lange und ausreichende medikamentöse Therapie und eine günstige Lokalisation des Krampfherdes (cortexnah) die Voraussetzungen.

Es gilt, mit Hilfe der Antikonvulsiva, schwere und gehäufte Krampfanfälle zu vermeiden, da andernfalls gravierende Folgen zu erwarten sind.(LUTZ) Wenn früher die Behandlung des Anfallsgeschehens im Vordergrund stand, so ist heute die Therapie der psychischen Symptome des Leidens noch hinzu gekommen.(ZÜBLIN) Die Behandlung des Epileptikers zieht sich unter Umständen über Jahre hin; einen Erfolg wird sie nur zeigen, wenn sie konsequent und regelmäßig durchgeführt wird. Bei Kindern ist deshalb auf Grund fehlenden Wissens eine ausführliche Beratung der Eltern erforderlich. Das Ziel der Behandlung ist ja nicht nur die Verminderung der Anfallsfrequenz, sondern eine dauernde Anfallsfreiheit. Die laufenden EEG-Kontrollen und ärztlichen Nachuntersuchungen sind dafür von eminenter Bedeutung.(DOOSE)

Sowohl bei der Therapie, als auch bei der Rehabilitation des Anfallskranken spielt die Betreuung durch die Poliklinik eine entscheidende Rolle. Normalerweise werden die Patienten vom Hausarzt oder Nervenfacharzt überwiesen. Neben der medikamentösen Einstellung, werden Blutbild- und Urinuntersuchungen und die laufenden EEG-Kontrollen durchgeführt. Der Arzt in der Poliklinik wird sich genauso um schulische Leistungen seines Patienten kümmern und bei Bedarf einen anderen Schultyp empfehlen. Auch werden für den Anfallskranken ungeeignete Berufe vermieden werden müssen. Unter Umständen werden sich Berufsumschulungen als notwendig erweisen. Bereits aus dem hier Angedeuteten läßt sich die Bedeutung der Poliklinik für den Anfallskranken ermessen.

h) Prognose

Es fällt schwer, genauere Vorhersagen über den weiteren Krankheitsverlauf zu treffen. ASPERGER (1952) sagt sehr eindrucksvoll: "Die Prognose der Epilepsie ist so vielgestaltig wie ihr klinisches Bild". Sie hängt von vielerlei Faktoren ab: erstes Auftreten der Anfälle, Schweregrad derselben, Häufigkeit, Dauer und vieles andere mehr. Die Prognose der Fieberkrämpfe ist laut DOOSE günstig.

i) Probleme auf Grund des Morbus

Die Schädigung der Hirnzellen, die damit verbundene Abnahme der Intelligenz und die sogenannte

epileptische Wesensveränderung stehen im Vordergrund. Wenn früher die charakterlichen Veränderungen als Folge der Krankheit angesehen wurden, so wird heute nach entwicklungs- und umweltbedingten Faktoren geforscht. (DREYER, GRÜTZNER, MÜLLER, K.) DREYER behauptet außerdem, daß die Anfälle zentrale Schädigungen mit negativen Folgen auf die Persönlichkeitsentwicklung bewirken. Je früher die Krankheit beginnt, desto ausgeprägter sind die Charakterveränderungen und Intelligenzschäden. (DELAVELLEYE und SAUVEUR, KREISLER, MÜLLER, H.) Je häufiger die Anfälle auftreten und je schwerer sie sind, desto verhängnisvoller werden die Folgen für das kindliche Gehirn sein. (DREYER, DELAVELLEYE und SAUVEUR, KREISLER, LUTZ) In solch einem Fall tritt eine durch die Anzahl der Anfälle bedingte sich einschleifende synaptische Bahnung ein. (DREYER) Die Folgen von Vernachlässigung und Unterbewertung sind aus diesen Angaben klar ersichtlich. 6o bis 7o % der Anfallskranken können mit Hilfe der Antikonsulsiva von ihrem Leiden befreit werden. (DOOSE) STROTZKA zit. nach DREYER ist optimistischer: er hält einen Prozentsatz von nur 15 bis 2o von Hundert für therapieresistent.

Jedoch gibt eine Anfallsfreiheit innerhalb der Klinik noch nicht die Garantie einer solchen zu Hause unter den Belastungen des täglichen Lebens. Ein günstiges familiäres Klima ist Bedingung für die Wahrscheinlichkeit einer Anfallsfreiheit.

Die Gefahr, daß der Epileptiker nicht als Kranker betrachtet wird, besteht. MÜLLER,H. lastet die "typische" epileptische Wesensveränderung einer Außenseiterrolle des Epileptikers an. Auch SCHULTE behauptet, diese Komplikation sei zum Teil durch eine psychoreaktive Verhaltensweise bedingt. Der Epileptiker wird als "störend, rechthaberisch und lästig" angesehen. (MÜLLER,H.) SCHULTE geht sogar so weit, daß er nicht die Krankheit als das Hauptproblem betrachtet, sondern die Antwort der umgebenden Gesellschaft darauf. Die Epilepsie ist ja keine schmachvolle, schuldhafte Erkrankung, die den Epileptiker vor der Bevölkerung stigmatisiert. (DREYER) ZÜBLIN behauptet, daß die Epilepsie heute noch als Makel angesehen wird. Daraus folgt, daß die Umgebung aufgeklärt werden muß. CAVENESS, MERRIT, GALLUP und RUBY befragten in den Jahren 1949 und 1964 eine repräsentative Auswahl der erwachsenen Bevölkerung der USA. Gestellt wurden zehn Fragen zur sozialen, wirtschaftlichen und geistigen Stellung des Epileptikers im Bilde seiner Umwelt. Die Tabelle verdeutlicht die Ergebnisse.

	1949	1964
Von Epilepsie etwas gehört	92 %	95 %
Kinder sollen nicht in Schule oder auf dem Spielplatz mit Epileptikern zusammen sein	24 %	13 %
Epilepsie ist Geisteskrankheit	13 %	4 %
Epileptiker soll Arbeitsplatz haben	45 %	82 %

Als weniger mit Vorurteilen behaftet erwies sich der jüngere städtische, besser ausgebildete und in guten Stellungen arbeitende Bevölkerungsanteil. GRÜTZNER stellt die Forderung auf, den Kranken zu einem gleichberechtigten Mitglied der Gesellschaft mit gleichem Anspruch auf Lebensfreude und Selbstverwirklichung zu machen.

6. Problemkreis Intelligenz und Schule

Fast die Hälfte der die Poliklinik aufsuchenden Eltern klagten über Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten bei ihren Kindern (364, 46,3 %) sei es, daß dies der Anlaß ihres Kommens war, oder daß diese Schwierigkeiten während der Anamnese beiläufig erwähnt wurden. Dieses Gebiet fällt mehr in den Bereich der Pädagogik und Psychologie und kann hier nicht ausführlich behandelt werden. Schon allein eine einigermaßen befriedigende Definition des Begriffs "Intelligenz" würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Deshalb sei hier nur beispielhaft eine Definition erwähnt. "Andeutungsweise geht es um die Zahl und die Klarheit und Differenzierung von Begriffen und deren Beziehungsreichtum, Liquidität und Abstraktionsmöglichkeiten, um Kombinieren und Erfassen von Wesentlichem, um Urteilen aus Erfahrung und denkerische Vorwegnahme möglichen Geschehens, um Anpassung an neue, bislang nicht erfahrene Situationen, um aktives Gestalten und Strukturieren im Erfassen von komplexen Ganzheiten". (WALTHER-BÜEL)

Seit dem Ende des letzten Jahrhunderts gibt es Tests zur Messung der Intelligenz. Leider müssen heute viele dieser Tests neu validiert werden, da sich im Laufe der Zeit die Verhältnisse völlig änderten. Diese Tests sind eine wertvolle Hilfe für den Therapeuten, da mit ihnen bis dahin nicht Meßbares meßbar gemacht und bis dahin nicht faßbare Probleme objektiviert werden können.

Einen Großteil des Tages bringt ein Kind in der Schule zu. Anschließend ist es mit den Hausaufgaben beschäftigt. Alles in allem nimmt also die Schule einen breiten Raum im Erleben des Kindes ein. Deshalb und nicht zuletzt auch wegen der angespannten Wettbewerbssituation kommt es so häufig zu den geschilderten Schwierigkeiten. Es versteht sich von selbst, daß zu den hier aufgeführten noch mannigfache andere Ursachen hinzukommen.

Bereits bei der Einschulung kann es zu Fehlern kommen. SEEBANDT (1963) glaubt den Grund für eine schulische Überforderung oftmals schon im Schulstart zu sehen. Beispielsweise wird das retardierte Kind zu früh oder in eine für es unangebrachte Schulform eingeschult. Normalerweise beginnt das eben schulpflichtig gewordene Kind gerade logisch zu denken.(ZÜBLIN) Das retardierte oder oligophrene Kind jedoch ist dieser Leistung noch nicht oder überhaupt nicht fähig. Daraus erwächst dann ebenfalls ein Großteil der Schwierigkeiten.

NODOT weist auf die Parallelität zwischen dem Intelligenzquotienten (IQ) und der schulischen Bildbarkeit hin. Er sagt, daß jedes behinderte Kind im Rahmen seiner individuellen geistigen Entwicklungspotenzen schulisch gefördert werden kann. Unter Umständen wird ein Einzelunterricht erforderlich sein, der allerdings bei uns in Deutschland wegen fehlender Mittel und Einrichtungen undurchführbar ist. Der normale Bildungsprozess ist etwa mit 15 bis 16 Jahren abgeschlossen. Bei Manchem wird der sich sogar bis zum 2o. bis 21. Lebensjahr hinziehen.(NODOT) Daß dann solch ein Mensch fast ein Viertel seines Lebens falsch oder ungenügend gelehrt wird, ist ein alarmierendes Zeichen.

Der Durchschnittsmensch entwickelt sich mit einer bestimmten Regelhaftigkeit, was durch psychologische Testmethoden objektivierbar ist. Es gibt Individuen, die sich schneller und solche, die sich langsamer als die Norm entwickeln. Die sich schneller entwickelnde Gruppe wird nicht unbedingt einen höheren IQ aufweisen, genausowenig wie die langsamere Gruppe durch einen niedrigen Intelligenzquotienten gekennzeichnet wäre.(BENDA) Kommt solch ein schwachbegabtes oder retardiertes Kind doch in eine Normalklasse und nicht in die seinem Intelligenzpotential entsprechende Sonderschule, ergeben sich fast immer Mißerfolge. TERELL und STEVENSON lasten dies in der Hauptsache einer sozialen Isolierung an. Ein Leistungsabfall ist daher dann wahrscheinlicher als eine Leistungserhöhung. SCHÜTTLER-JANIKULLA genügen Schulreifetests und Zurückstellung vom Schulbe-

such als Maßnahmen, das Problem des Sitzenbleibens zu lösen, nicht; er verlangt, daß sich auch die Schule auf die veränderten Umstände einstellt. Er möchte die Situation dadurch verbessern, daß der Besuch von Schulkindergärten obligatorisch und das erste Schuljahr weniger leistungsbetont ausgerichtet wird. Schulunreife Kinder und Zweifelsfälle möchte er in Anfängerklassen mit niedriger Frequenz und von besonders ausgebildeten Pädagogen unterrichtet sehen.

Aber auch Faktoren, die außerhalb der Intelligenz liegen, können Schulschwierigkeiten bewirken. Unerkannte Sehstörungen, Lese- oder Rechtschreibschwächen, Sprachstörungen, Anfallserkrankungen, die dem Lehrer als Unaufmerksamkeit oder Tagträumerei auffallen, gehören in diese Gruppe. Weiterhin sind noch zu nennen: chronische Krankheiten, wie z.B. Diabetes, körperliche Behinderungen, ungenügende Schlafzeiten, häufiger Schulwechsel, Unterforderung begabter Kinder, Fehleinschätzung infolge des körperlichen Reifezustandes, soziokulturelle und emotionale Faktoren.(GOFMANN) Fast 1o % der hier untersuchten Patienten litten unter Kopfschmerzen. Häufig sind dieselben psychogenen Ursprungs bei erzieherisch oder schulisch überforderten Kindern.(STUTTE) Die Gründe für schulisch bedingten Kopfschmerz vermutet GRÜTZNER in gehemmten aggressiven Bedürfnissen, Depressionen, verdrängter Feindseligkeit, unterdrücktem Ärger und zahlreichen anderen Gründen. DÜHRSSEN zit.nach STUTTE vermutet ebenso bei diesem Krankheitsbild

aggressive Gehemmtheit bei konstitutionell zarten, gefäßlabilen Kindern ehrgeiziger Eltern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) machte den Vorschlag, eine Dreiteilung der Oligophrenie, entsprechend dem Grad der Ausbildung, einzuführen. Der Begriff "debil" sollte für Patienten mit leichter geistiger Unterentwicklung und einem IQ zwischen 5o und 69 gebraucht werden. Von mäßigem Schwachsinn (Imbezillität) soll bei einem IQ zwischen 2o und 49 gesprochen werden. Als schwer geistig behindert (Idioten) sollen Kinder mit einem IQ unter 2o angesehen werden. Im HAWIK erfolgt die Einteilung der verschiedenen Grade des Schwachsinns nach den selben Gesichtspunkten. TRAMER ist mit dieser Einteilung nicht einverstanden. POTTER vertritt die These, daß die Beschränkten Normale aus dem unteren Streuungsbereich der Intelligenz seien. LUTZ sieht als Grenze zwischen "schulisch bildbar" und "praktisch bildbar" den IQ von 7o an. Bei einem Wert unter 5o hält er sowohl eine schulische als auch praktische Bildung für nicht möglich. Patienten mit einem Intelligenzquotienten zwischen 85 und 95 sind die "Dummen" im landläufigen Sprachgebrauch. ZÜBLIN sowie auch LUTZ stimmen mit der Dreiteilung des Schwachsinns überein, da sie ihrer Meinung nach das intellektuelle Versagen mitberücksichtigt. BENDA schätzt die Zahl der Kinder, die nur unterdurchschnittliche schulische Leistungen erbringen, auf 1o %. Diese hohe Zahl möge die Wichtigkeit verbessernder Maßnahmen verdeutlichen.

C. Diskussion der Ergebnisse

Mit dieser Arbeit sollten die Karteikarten mit der Krankengeschichte der Patienten der Jahrgänge 1966 und 1967 erfaßt und statistisch ausgewertet werden. Diese Untersuchung sollte einen Überblick über die Arbeit der Poliklinik vermitteln. Hierdurch sollen Verbesserungen der statistischen Datenerfassung, der Speicherung und Verarbeitung ermöglicht werden. Ein Glossar mußte auf die besonderen Gegebenheiten dieser Poliklinik zugeschnitten werden, mit Hilfe dessen möglichst viele Daten pro Karteikarte aufgenommen werden konnten. Zum besseren Verständnis einzelner Ergebnisse sei hier noch kurz auf einige Punkte hingewiesen. Die Geschlechtsverteilung der untersuchten Patienten ergab folgendes Ergebnis: Knaben : Mädchen wie 6o,5 % (582) : 39,5 % (38o), was in etwa einem Verhältnis von 3 : 2 entspricht. Normalerweise hätte man einen Wert von 2 : 1 bis 3 : 1 vermutet.(ZÜBLIN) Die Gründe für diese Abweichung von der Norm sind nicht erkennbar.

Bei den Angaben des Alters der Patienten zur Zeit der Erstuntersuchung ergibt sich auch keine zweigipflige Kurve, wie nach LUTZ zu erwarten wäre. Dieser weist nämlich auf die besondere Bedeutung hin, die der körperliche Gestaltwandel - ein Begriff der von ZELLER geprägt worden ist (ZELLER zit. nach LUTZ) - im 6. und 7. Jahr und in der Präpubertät und Pubertät für die kinderpsychiatrische Betrachtungsweise hat. Der erste Gipfel im Alter zwischen 5 und 8 Jahren ist zwar festzustellen, jedoch ist der zweite zur Zeit der Prä-

pubertät bis Pubertät zu erwartende Gipfel nicht deutlich ausgeprägt. Eine Begründung dafür kann auch hier nicht gegeben werden.

Fast die Hälfte aller untersuchten Kinder und Jugendlichen stammt aus Orten mit einer maximalen Einwohnerzahl bis zu 5000. Die Infrastruktur des Saarlandes und der Umgebung (Rheinland-Pfalz) gibt hierfür eine ausreichende Erklärung. Aus Städten mit Einwohnerzahlen über 100000 kamen nur 8,2 % (79). Von diesen stammten 5,1 % (49) aus Saarbrücken. Die restlichen 3,1 % verteilen sich auf Städte wie etwa Ludwigshafen, Kaiserslautern oder Mannheim.

Etwa ein Drittel der untersuchten Kinder und Jugendlichen - nämlich 33,8 % (324) - kam aus Rheinland-Pfalz. Die Randlage Homburgs innerhalb des Saarlandes mag hierfür als befriedigende Erklärung dienen. Die Haupteinzugsgebiete der Poliklinik im Saarland selbst waren die Landkreise Ottweiler mit 12,1 % (116) und Saarbrücken-Land mit 13,9 % (133). Daß nur 0,7 % (7) aller untersuchten Patienten aus anderen deutschen Bundesländern kamen, ist erstaunlich, jedoch wiederum mit der geographischen Randlage Homburgs und des Saarlandes zu erklären.

Der Hausarzt überwies den Großteil der Patienten, nämlich 42,0 % (412). Danach folgten in der Frequenz der Überweisungen die Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie mit 18,2 % (174) aller Patienten. Die nächstgrößere Gruppe - 9,5 % (90) - schickten niedergelassene Pädiater in die Poliklinik.

Fast die Hälfte - nämlich 48,o % (461) - der Patienten suchten die Poliklinik nur einmal auf. 32,3 % (311) kamen zweimal und 1o,7 % (1o3) ein drittes Mal. Bei diesen 1o,7 %, sowie bei Kindern und Jugenlichen, die öfter als dreimal in die Sprechstunde kamen, handelt es sich zum größten Teil um Patienten mit cerebralen Anfallsleiden.

85,9 % (636) aller Eltern gaben an, daß das Kind aus einer Normalehe stamme. Nur bei 2,3 % (17) lag eine uneheliche Geburt des Patienten vor. Wahrscheinlich ist die Zahl der unehelichen Kinder erheblich größer und die der Normalehen geringer. Die Gründe für diese Dunkelziffer liegen im sozio-kulturellen Bereich, da es heute immer noch einen Makel darstellt ein uneheliches Kind zu haben. Aus diesem Grunde werden diese Mütter oftmals lieber eine falsche Angabe machen, als zuzugeben, daß das Kind unehelich geboren sei.

Einzelkinder waren 13,o % (99). Über ein Drittel aller Patienten, nämlich 36,1 % (276) besitzt noch ein Geschwister. 23,4 % (178) aller Patienten hatten zwei und 13,5 % (1o3) besaßen drei Geschwister.

12,5 % (52) aller Untersuchten waren Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 25oo Gramm) und 6,6 % (27) wogen bei ihrer Geburt über 45oo Gramm.

Der Kindergartenbesuch wäre mit 34,5 % als recht hoch zu bezeichnen. Jedoch fehlen dementsprechende Angaben fast bei drei Viertel der Patienten. Nur 91 Kinder besuchen oder besuchten einen solchen. Auf Grund von feh-

lenden Angaben lassen sich aus diesen Werten keine zuverlässigen Schlüsse ziehen.

12,7 % (94) aller Patienten blieben in der Schule ein- oder mehrmals sitzen.

Über Schul- oder Erziehungsschwierigkeiten ihrer Kinder klagten 46,3 % (364) aller Eltern. Diese alarmierend hohe Zahl geht wohl hauptsächlich auf das Konto der psychischen Erkrankungen, Oligophrenien und frühkindlichen Hirnschäden. Diese hohe Zahl kommt selbstverständlich dadurch zustande, daß viele Kinder wegen solcher Schwierigkeiten vorgestellt werden. Nur 8,7 % (76) besuchen weiterführende Schulen. Die Gründe hierfür mögen in der Tatsache zu suchen sein, daß die Patienten einer jugendpsychiatrischen Poliklinik eher minderbegabt, als überdurchschnittlich intelligent sind. Die folgenden Zahlen mögen dies verdeutlichen.

Nur 2,5 % (24) wiesen einen IQ nach dem HAWIK, bzw. HAWIE von über 11o auf, während 14,4,% (139) der 27,3 % (268) mit diesem Test Untersuchten einen Intelligenzquotienten von 9o und weniger hatten. Im Bereich der Norm zwischen 91 und 11o lagen 1o,9 % (1o5), das heißt, es kamen mehr unterdurchschnittlich als normal Begabte zur Untersuchung Die überdurchschnittlich Intelligenten fallen kaum ins Gewicht.

Bei 22,3 % (215) aller Patienten lagen pathologisch-neurologische Befunde vor. In das Gebiet der Kinderpsychiatrie gehören genauso die neurologischen Erkrankungen, die vom Kinderpsychiater diagnostiziert und behan-

delt werden müssen.

19,4 % (187) aller untersuchten Kinder und Jugendlichen hatten Oligophrenien unterschiedlicher Ätiologie. Das entspricht fast einem Fünftel. Diese Zahl möge die Wichtigkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in Bezug auf die Oligophrenie verdeutlichen.

Ebenso stark wie die Oligophrenie ist die Epilepsie mit ihren verschiedenen Formen bei der Klientel einer Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vertreten. 15,6 % (15o) kamen wegen eines Anfallsleidens in die Ambulanz. Ein Teil der Patienten ließ sich weiter kontrollieren und erforderlichenfalls medikamentös neu einstellen.

Auch die psychogen-neurotisch-funktionellen Verhaltensstörungen stellen einen großen Anteil der Gesamtdiagnosen dar. 2o,2 % (194) aller Patienten waren davon betroffen.

Die Arbeit der Ambulanz läßt sich vereinfacht in etwa so charakterisieren, daß 15,6 % (15o) Patienten wegen eines cerebralen Anfallsleidens, 19,4 % (187) wegen einer Oligophrenie und 2o,2 % (194) wegen einer psychogenen Störung die Poliklinik aufsuchten. Diese Vereinfachung gibt nur andeutungsweise einen Einblick in die Tätigkeit einer kinderpsychiatrischen Poliklinik. Es zeigt sich aber deutlich, wo die diagnostischen und therapeutischen Schwerpunkte des jungen Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen.

Bei kritischer Betrachtung der Ergebnisse werden einige Konsequenzen für die Praxis der statistischen Erfassung deutlich. Einige Daten des Glossars erwiesen sich als besonders wichtig, während sich andere als weniger bedeutungsvoll herausstellten. Daraus ergibt sich deutlich die Notwendigkeit der Erstellung eines normierten Erfassungsbogens, der die Arbeit des Arztes in der Poliklinik um Beträchtliches verkürzen und erleichtern wird. Die bisher praktizierte Methode der handschriftlichen, freien Eintragungen auf Karteikarten reicht für die aktuelle Diagnostik und Therapie zwar aus, eignet sich jedoch nur bedingt für eine wissenschaftliche Auswertung.

D. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden 962 Karteikarten der Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar aus den Jahren 1966 und 1967 ausgewertet. Hierfür wurde ein Erhebungsbogen mit 41 Items entworfen, der auf seine Anwendbarkeit und Zuverlässigkeit geprüft werden sollte (s.Anhang). Die handschriftlich geführten Karteikarten wurden anhand dieses Erhebungsbogens ausgewertet, die Ergebnisse auf Lochlisten und von dort auf Lochkarten übertragen. Anschließend wurden die Daten mit einer Auszähl- und Sortiermaschine ausgewertet. Die Summendiagnosen ergaben, daß bei 32,o % (3o9) aller Patienten eine somatogen-cerebrale Erkrankung vorlag. 19,7 % (19o) litten unter einer psychogenen und 29,2 % (282) unter einer

somatogen-cerebral-psychogenen Erkrankung (Mischbilder). 7,6 % (74) der Untersuchten wiesen eine neurologische Erkrankung auf. Bei o,6 % (6) bestand eine endogene Psychose.

A n h a n g

Name

Geburtsdatum

Nr. d. Patienten	1 - 4	☐☐☐☐
Geschlecht	5	☐
männlich	o	
weiblich	1	
Alter zur Zeit der 1. Untersuchung	6 - 7	☐☐
Wohnort der Eltern	8	☐
1 - 4999 Einwohner	1	
5ooo - 19999 Einwohner	2	
2oooo - looooo Einwohner	3	
über looooo Einwohner	4	
keine Angaben	-	
Kreise im Saarland	9 - 1o	☐☐
Saarbrücken-Stadt	1	
Homburg	2	
Merzig-Wadern	3	
Ottweiler	4	
Saarbrücken-Land	5	
Saarlouis	6	
St.Ingbert	7	
St.Wendel	8	
Eltern der Pat. kommen aus Rheinland-Pfalz	9	
Eltern kommen aus anderen deutschen Ländern	1o	
Eltern kommen aus dem Ausland	11	
keine Angaben	-	

Überweisende Stelle	11 - 12	☐☐
Hausarzt	1	
Facharzt f. Nervenkrankheiten	2	
Facharzt f. HNO	3	
Facharzt f. Kinderkrankheiten	4	
Facharzt f. Augenkrankheiten	5	
Facharzt f. andere Fächer	6	
Fach- oder Uniklinik f. Augenkrankheiten	7	
Fach- oder Uniklinik f. HNO	8	
Fach- oder Uniklinik f. Kinderkrankheiten	9	
andere Krankenhäuser	1o	
Schule	11	
Staatl. Gesundheitsamt	12	
Jugend- oder Sozialamt	13	
Heim	14	
andere Stellen	15	

Häufigkeit der Untersuchung	13	☐
Trotz Wiederbestellung nicht gekommen	14	☐
nein	1	
ja	2	

Mutter berufstätig	15	☐
nein	1	
ja	2	
keine Angaben	3	

Beruf des Vaters	16	☐
Ohne Beruf oder keine Angaben	1	
Berufe ohne abgeschlossene Lehre: Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter, Anlernling usw.	2	

mit abgeschlossener Lehre (VS) Handwerker, kleine Angestellte	3	
mit Mittelschule oder fortbildender Fachschule, selbständige Handwerksmeister, selbständige Kaufleute, mittlere Angestellte	4	
mit Abitur und/oder Hochschulbildung: Akademiker, höhere Angestellte, Unternehmer usw.	5	
Rentner	6	
Hausfrau	7	
entfällt	-	
Status des Kindes	17 - 18	☐☐
Kind aus Normalehe	1	
uneheliches Kind	2	
Adoptivkind	3	
Pflegekind	4	
Halbwaise ohne Vater	5	
Halbwaise ohne Mutter	6	
hat Stiefvater	7	
hat Stiefmutter	8	
keine Angaben	9	
Alter des Vaters	19 - 2o	☐☐
keine Angaben	-	
Alter der Mutter	21 - 22	☐☐
keine Angaben	-	
Anzahl der Geschwister	23	☐
keine Geschwister	-	
keine Angaben	1	

Stellung des Patienten innerhalb der Geschwisterreihe	24	☐
keine Angaben	-	
Schwangerschaftsverlauf	25	☐
Schwangerschaft o.B.	1	
Blutungen oder drohender Abort	2	
Schwere Erkrankungen w. d. S.	3	
Gestose	4	
keine Angaben	-	
Geburtsverlauf	26	☐
Geburt ohne Komplikationen	1	
Sectio	2	
Zangen- oder Vakuumextraktion	3	
nicht operative geburtshilfliche Maßnahmen	4	
Lageanomalie	5	
keine Angaben	-	
Geburtsgewicht in Gramm	27	☐
weniger als 1000	1	
1000 - 1499	2	
1500 - 1999	3	
2000 - 2499	4	
2500 - 2999	5	
3000 - 3499	6	
3500 - 3999	7	
4000 - 4500	8	
mehr als 4500	9	
keine Angaben	-	

Laufen (Angaben in Monaten)	28	☐
läuft noch nicht	1	
1o - 13	2	
14 - 17	3	
18 - 21	4	
22 - 25	5	
26 - 29	6	
3o - 33	7	
34 - 37	8	
keine Angaben	-	

Sprechen	29	☐
spricht noch nicht	1	
1o - 13	2	
14 - 17	3	
18 - 21	4	
22 - 25	5	
26 - 29	6	
3o - 33	7	
34 - 37	8	
keine Angaben	-	

Sauberkeit	3o - 31	☐☐
noch nicht sauber	1	
14 - 17	2	
18 - 21	3	
22 - 25	4	
26 - 29	5	
3o - 33	6	
34 - 37	7	
38 - 41	8	
42 - 45	9	
46 - 49	1o	
keine Angaben	-	

Asphyxie post partum u.a. Komplikationen	32	☐
keine Asphyxie oder Komplikationen	-	
1 Stunde lang	1	
mehr als eine Stunde	2	
ohne Zeitangabe	3	
cerebrale Krämpfe	4	
Ikterus auf Grund v. rh-Unverträglichkeit	5	
andere Ikteren	6	
keine Angaben	7	
Patient wuchs auf:	33	☐
zu Hause	1	
bei Verwandten	2	
im Heim	3	
keine Angaben	-	
Kindergartenbesuch	34	☐
nein	1	
ja	2	
keine Angaben	3	
Einschulungsalter in die Volksschule u.a.	35	☐
noch nicht schulpflichtig	1	
altersgemäß	2	
zurückgestellt	3	
mehrmals zurückgestellt	4	
Einschulung in die Sonderschule	5	
Umschulung in die Sonderschule	6	
Lebenshilfe	7	
keine Angaben	-	

Sitzenbleiben	36	☐
keine Angaben	9	
entfällt	-	
wie oft?	2 - 5	
nein	1	
Schul- oder Erz ehungsschwierigkeiten	37	☐
entfällt	1	
ja	2	
keine Angaben	-	
Beruf des Patienten oder Ausbildung	38	☐
entfällt	1	
Beruf oder Ausbildung ohne abgeschlossene Lehre: Hilfsarbeiter, Gelegenheitsarbeiter, Anlernling usw.	2	
mit abgeschlossener Lehre oder in der Ausbildung. (VS) Handwerker, kl. Angestellte	3	
Schüler	4	
ohne Beruf oder keine Angaben	-	
Berufsschwierigkeiten	39	☐
entfällt	1	
Stellungswechsel	2	
Entlassung	3	
Verlust der Stelle wegen Krankheit	4	
sonstige Schwierigkeiten	5	
keine Angaben	-	
Weiterführende Schulen	4o	☐
entfällt	-	
Mittelschule	1	
Gymnasium	2	

Abenschule	3	
Berufsfachschule	4	
keine Angaben	9	
Neurologischer Befund	41	☐
path. Hirnbefund nicht vorhanden	1	
Seitenbefund	2	
Paresen u. Plegien	3	
Extrapyramidalbefund	4	
andere schwerwiegende neurol. Befunde	5	
Rö-Schädel	42	☐
nicht durchgeführt	1	
Schädel ohne path. Befund	2	
Schädelmißbildungen	3	
Asymmetrie	4	
Hirndruckzeichen	5	
Intracerebrale Verkalkung	6	
Nebenhöhlenbefund	7	
EEG	43	☐
nicht durchgeführt	1	
normal	2	
Dysrhythmie und Allgemeinveränderungen	3	
Seitenhinweis	4	
Herd	5	
Krampfstrompotentiale	6	
Kombination path. Befunde	7	
Echo-EG	44	☐
nicht durchgeführt	1	
normal	2	
pathologisch	3	

Szintigramm	45	☐
nicht durchgeführt	1	
keine Anreicherung	2	
path. Anreicherung	3	
Psycholog. Befund	46	☐
nicht untersucht	1	
untersucht	2	
HAWIK oder HAWIE	47	☐
weder HAWIK noch HAWIE	-	
IQ unter 6o	1	
unter 7o	2	
unter 8o	3	
unter 9o	4	
zwischen 9o und 11o	5	
zwischen 111 und 12o	6	
mehr als 12o	7	
Rorschach	48	☐
nein	1	
ja	2	
Raven	49	☐
nein	1	
ja	2	
Benton	5o	☐
nein	1	
ja	2	

Diagnose	51-52	
Oligophrenien (Manifestationen vor d. 4. Geburtstag) ohne nachweisbare Ursache in Anamnese und Befund	1	
Oligophrenien mit nachweisb. Ursache (cerebral-organisch-Stoffwechsel-hormonell bedingt) oder mit neurol. Befund	2	
Oligophrenien mit org. Grenzbefunden	3	
Cerebrale Anfallsleiden ohne nachgew. Ursache	4	
Cerebrale A. mit organischen Grenzbefunden	5	
Cerebrale A. mit nachgewiesener org. Urs.	6	
Demenzprozesse (Manifestationen nach d. 4. Geburtstag) mit entzündlich od. anders bedingter Ursache	7	
Demenzprozesse ohne nachgew. org. Ursache	8	
Commotio od. Contusio ohne psychische od. neurol. Ausfallserscheinungen	9	
Commotio od. Contusio mit psychischen od. neurolog. Ausfallserscheinungen	1o	
Commotio u. Contusio mit org. Grenzbefunden	11	
Hirntumoren	12	
Neurolog. Erkrankungen ohne cerebrale Beteiligung	14	
Neurolog. Erkrankungen mit cerebraler Beteiligung in Anamnese od. Befund (ohne Oligophrenie od. Demenz)	15	
Cephalgie	16	
Sinnesdefekte	17	
Retardierung u. Reifungsasynchronien (einschl. Sprachentwicklungsstörungen ohne Stottern) in statomot. u. mentaler Hinsicht ohne nachgewiesene Ursache	18	
Psychogen-neurotisch-funktionelle Verhaltensstörungen ohne org. Befunden in Anamnese u. Befund	19	

Psychogen-neurotisch-funktionelle Verhaltensstörungen mit org. Befunden in Anamnese u. Befund	2o	
Psychogen-neurotisch-funktionelle Verhaltensstörungen mit org. Grenzbefund in Anamnese u. Befund	21	
Schizophrenien	22	
affektive Psychosen mit unklarer DD	24	
Autismus Kanner	25	
Psychopathien (einschl. Autismus Asperger)	26	
ungeklärte Fälle	27	
Gesund	28	
Zusammenfassung der Diagnose	53	
Somatogen-cerebrale Erkrankungen	1	
Psychogene Erkrankungen	2	
Somatogen-cerebral-psychogene Erkrankungen	3	
Neurologische Erkrankungen	4	
Psychosen	5	
ungeklärte Fälle	6	
Gesund	7	
Stationäre Aufnahme	54	
nein	1	
ja	2	

LITERATURVERZEICHNIS

1. AMELANG, M. und ZIMMERMANN, K.W. — Die Faktorenstruktur des HAWIK bei schwachbegabten Kindern. Heilpädagogische Forschung 1, (1968) 381 - 389

2. ASPERGER, H. — Heilpädagogik
Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen und Fürsorgerinnen.
Wien (1952)

3. ASPERGER, H. — Soziale Problematik hirngeschädigter Kinder.
Wien.Z.Nervenheilk. 23, (1966) 264 - 269

4. BENDA, C.E. — Die Oligophrenien (Entwicklungsstörungen und Schwachsinnszustände).
Psychiat. d. Gegenwart 2, (196o) 87o - 934

5. BENTON, A.L. — Der Benton-Test.
Göttingen (1961)

6. BENTON, A.L. — Some aspects of mental retardation.
Amer. Orthopsychiat. 35, (1965) 83o - 837

7. BENTON, A.L. und SPREEN, O. — Zur Simulation intellektueller Leistungsdefekte im Benton-Test. Psychol. Beiträge 7, (1962) 147 - 15o

8. BERG, K.-H. — Nachweis und unterrichtsdidaktische Berücksichtigung von Verhaltensgrundformen bei Hilfsschülern. Mainz (Diss.) (1963)

9. BERG, K.-H. — Verhaltensgrundformen bei Hilfsschülern. Berlin (1964)

1o. BLEIDICK, U. — Die Probleme der heilpädagogischen Psychologie unter genetisch ganzheitlichem Gesichtspunkt. Praxis der Kinderpsychol. 8, (1959) 164 - 17o, 284 - 288

11. BOSCH, G. — Erfahrungen beim Aufbau und der Organisation einer jugendpsychiatrischen Landesklinik. Nervenarzt 37, (1966) 298 - 3o4

12. BONDY, C. COHEN, R. EGGERT, D. und LÜER, G. — Testpsychologische Untersuchungen an geistig behinderten (schwachsinnigen) Kindern. Hamburg (hektographiert) (1967)

13. BONDY, C., COHEN,R., EGGERT, D. und LÜER, G. — TBGB-Testbatterie für geistig behinderte Kinder. Weinheim, Berlin und Basel (1969)

14. BOTTENBERG, E.H. — Zur Diagnose von "psychisch gestörtem Verhalten" und "hirnorganischer Schädigung" mit Hilfe des Rorschach-Tests (Ro 3o) Praxis Kinderpsychol. 17, (1968) 82 - 87

15. BÜHLER, C. und HETZER, H. — Kleinkindertests Entwicklungstests vom 1. bis 6. Lebensjahr. München (1953)

16. BUSEMANN, A. — Die Hilfsschule und ihre psychologischen Probleme. In H. Hetzer (Ed) Pädagogische Psychologie, Göttingen (1959 a) 386 - 4o3

17. BUSEMANN, A. — Psychologie der Intelligenzdefekte. München (1959 b)

18. CAVENESS, W.F. MERRIT, H.H., GALLUP, G.H. and RUBY, E.H. — A survey of public attitudes toward epilepsy in 1964. Epilepsia Ser. 4, 6, (1965) 75 - 86

19. CREAK, E.M. The problem of the mentally handicapped child. Acta paedopsychiat. 31, (1964) 325 - 331

2o. DELAVELLEYE, R. et SAUVEUR, J.-P. Rélation entre divers aspects de l'épilepsie infantile et le niveau intellectuel. Rev. Neuropsychiat. infant. 12, (1964) 217 - 233

21. DIESING, U. und DITTMANN-MITSCHERLICH, S. Der "Abendspaziergang" mit dem Enuretiker. Eine psychotherapeutische Hilfe. Praxis Psychother. 1o, (1965) 165 - 172

22. DOOSE, H. Zerebrale Anfälle im Kindesalter. Kiel (kartoniert) (1967)

23. DREYER, R. Die Behandlung der Epilepsien. Psychiat. Gegenwart 2, (196o) 778 - 868

24. DUHM, E. Auswirkungen früherworbener Hirnschäden auf die geistige Entwicklung und Bildungsmöglichkeit. Landarzt 44, (1968) 778 - 793

25. ENGELMANN, W. Ein vergleichendes Untersuchungsverfahren bei geistig behinderten Kindern. Praxis Kinderpsychol. 15, (1966) 23 - 27

26. EYFERTH, K. Gültigkeit und faktorielle Strukturierung des HAWIK bei seiner Anwendung für schwachsinnige Erwachsene. Diagnostica 9, (1963) 11 - 26

27. FUNK, S. Schul- und Berufsschicksal anfallskranker Kinder und Jugendlicher. Diss. Homburg (1968)

28. GEISLER, E. und FÖRSTER, G. Über Entwicklungsstörungen der Motorik bei cerebral geschädigten Kindern und deren Bedeutung für Diagnostik und Praxis. Münch. med. Wschrift 1o2, (196o) 2391 - 2396, 25o8 - 2511, 2462 - 2466

29. GÖLLNITZ, Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung für die Kinderpsychiatrie. Leipzig (1954)

3o. GOERTZ, G. Zur motorischen Leistungsfähigkeit der Hilfsschüler in der Unterstufe, Berlin (hektographiert) Diss. (1964)

31. GOFMANN, H. Etiology factors in barning disorders of children. J. neurol. Sci. 2, (1965) 262 - 27o

32. GOTTSCHALDT, K. Der Aufbau des kindlichen Handelns. Leipzig (1954)

33. GRÜTZNER, A. Zur nachsorgenden Betreuung epileptischer Kinder und Jugendlicher. Rehabilitation 5, (1966) 198 - 2o4

34. GUTIÉRREZ GOMEZ,D. Estudios sobre el carácter en un grupo de oligofrenicos. Arch. Neurobiol. 28, (1965) 491 - 499

35. HAMPEL, B. und EWERT, O.M. Untersuchungen zur Abhängigkeit von Berufslosigkeit und Intelligenz. Arch. Psychol. 113, (1961) 66 - 72

36. HARDESTY, F.P. und PRIESTER, H.J. Handbuch für den Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder. Hrsg. BONDY, C., Bern und Stuttgart, 3. Auflage (1966)

37. HELD, F. Zur Organisation jugendpsychiatrischer Aufgaben. In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Hrsg. von H. Stutte, Bern und Stuttgart, (1967)

38. HELM, J. Beitrag zum Problem des Zielsetzungsverhaltens bei Debilen. Z. Psychol. 166, (1962) 167 - 181

39. HEYDRICH, U. Die berufliche und soziale Bewährung von Berufsschülerinnen In K.J.Klaver (Ed.) Berufs- und Lebenserwartung ehemaliger Hilfsschüler. Berlin (1963) 57 - 74

4o. HILDEBRAND, W. Einige Auffälligkeiten im Sprachgebrauch des Hilfsschulkindes. Z. Heilpädagogik 7, (1956) 299 - 3o6

41. HIPPOKRATES Von der heiligen Krankheit in: Hippokrates: Fünf auserlesene Schriften. Eingel. u. übers. v. W. Capelle Frankfurt (1959)

42. HÜNNEKENS, A., KIPHARD, E.J. und KESSELMANN, G. Untersuchungen zur Motodiagnostik im Kindesalter. Acta paedopsychiat. 34, (1967) 17 - 27

43. JORSWIECK, E. und SASSE, O. Eine empirische Studie zur Berufserwartung und Berufserfahrung behinderter Kinder und Jugendlicher. Praxis Kinderpsychol. 15, (1966) 88 - 1o1

44. JOSEF, K. Das Verhalten von Hilfsschulkindern der Spielregel gegenüber. Schule Psychologie 13, (1966) 2o7 - 216

45. KLAVER, K.J. Berufs- und Lebensbewährung bei intellektueller Subnormität. Ein kritischer Literaturbericht. In K.J. Klaver (Ed.) Berufs- und Lebensbewährung ehemaliger Hilfsschüler. Berlin (1963) 87 - 168

46. KOCH, R. GRALIKER, B. BRONSTON, W. and FISHLER, K. Mental retardation in early childhood. A longitudinal study of 143 infants. Amer. J. Dis. Child. 1o9, (1965) 243 - 251

47. KREBS, H. Zahlen und Gedanken zur Umweltproblematik des geistig behinderten Kindes. Heilpädagogische Forschung 1, (1965) 216 - 23o

48. KREISLER, L. Les troubles du caractère et la personnalité de l'enfant épileptique. Méd. infant. 71, (1964) 653 - 664

49. KURZREITER, J. Die manuelle Geschicklichkeit der Sonderschüler. Erziehung Unterricht. Beiblatt Heilpädagogik 117, (1967) 18 - 23

5o. v. LAAK, D. Berufsbewährung ungelernter Jungarbeiter aus Volks- und Hilfsschule. In K.J.Klaver (Ed.) Berufs- und Lebensbewährung ehemaliger Hilfsschüler. Berlin (1963) 35 - 56

51. LABAR, P. L'enuresie nocturue chez l'enfant: premiers essais d'un traitement basé sur la neurophysiologie du sommeil. Acta neurol. belg. 65, (1965) 127 - 133

52. LÄPPLE, F.T Die Rangordnung in der Hilfsschule. Z. Heilpädagogik 13, (1962) 325 - 335, 4o1 - 411, 47o - 479

53. LEMPP, R. Frühkindliche Hirnschädigung und Neurosen. Bern (1964)

54. LIENERT, G.A. Überprüfung und genetische Interpretation der Divergenzhypothese von Wewetzer.
Vita Humana 4, (1961) 112 - 124

55. LIENERT, G.A. und FABER, C Über die Faktorenstrukturen des HAWIK aus verschiedenen Intelligenzniveaus.
Diagnostica 9, (1963) 3 - 11

56. LÜER, G. Zur Frage objektiver Trennung verschiedener Schwachsinnsformen bei Kindern mit psychologischen Tests.
In F. MERZ (Ed.) Bericht über den 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie.
Göttingen (1967) 469 - 474

57. LUTZ, J. Kinderpsychiatrie
Eine Anleitung zum Studium und Praxis für Ärzte, Erzieher, Fürsorger, Richter mit besonderer Berücksichtigung heilpädagogischer Probleme.
3. Auflage Zürich und Stuttgart (1967)

58. MATTHES, A. Diagnostik von Epilepsien im Kindesalter. Differentialdiagnose von Krampfanfällen. Möglichkeiten und Grenzen der Elektroencephalographie.
Dtsch. Ärzteblatt 64, (1967) 333 - 334

59. MÜLLER, H. Anfallskrankheiten im Kindesalter. Therapiewoche 16, (1966) 1494 - 1499

6o. MÜLLER, K. Der Anfallskranke und seine Umgebung. Dtsch. Gesundh.-Wes. 19, (1964) 15o5 - 15o9

61. NAUMANN, E. Ein Beitrag zur Berufsberatung von Sonderschülerinnen. Z. Heilpädagogik 14, (1963) 25 - 32

62. NEUHAUS, W. Der Aufbau der geistigen Welt des Kindes. München (1962)

63. NODOT, - La scolarisation des débiles. Méd. infant. 72, (1965) 653 - 659

64. NOGARA, R. Il comportamento dell'epilettico nell'età evolutiva. Psichiatria 1, (1963) 112 - 125

65. PARNITZKE, K.-H. u. REGEL, H. Zur Psychodiagnostik des hirngeschädigten Kindes. Psychiat. Neurol. u. med. Psychol. 17, (1965) 165 - 17o

66. PASCAL, G.R. The Bender-Gestalt-Test. New York (1951)

67. POHL, R. Ein Vergleich der sprachlichen Leistungsfähigkeiten zwischen Volksschülern und Hilfsschülern. Z. Heilpädagogik 9, (1958) 292 - 297

68. POTTER, H.W The needs of mentally retarded children for child psychiatry services. J. Amer. Acad. Child. Psychiat. 3, (1964) 352 - 374

69. PROBST, E. Der Binet-Simon-Test zur Prüfung der Intelligenz des Kindes. 3. Aufl. Basel (1955)

7o. REBMANN, W. Der Wortschatz 12 - 13-jähriger Hilfsschüler und seine psychologische Auswertung. Z. Heilpädagogik 8, (1957) 262 - 268

71. REBMANN, W. Die Entwicklung des Wortschatzes bei Hilfsschulkindern. Schule Psychologie 6, (1959) 232 - 246

72. RÖSLER, H.-D. Über das Behalten von Handlungen schwachsinniger und normaler Kinder. Vergleichende Untersuchungen zur Therapie des Schwachsinns.
Z. Psychol. 158, (1955) 161 - 231

73. SCHADE, W. Erhebung über Berufsfindung und Berufsbewährung ehemaliger Hilfsschüler der Entlassungsjahrgänge 1952 und 1955 in der Bundesrepublik.
Z. Heilpädagogik 14, (1963 a) 62o - 631

74. SCHADE, W. Übersicht über die Berufsfindung und Berufsbewährung ehemaliger Hilfsschüler seit 1926.
Z. Heilpädagogik 14, (1963 b) 216 - 234

75. SCHMIDT, H. Untersuchungen zur Pathogenese und Ätiologie der geburtstraumatischen Hirnschädigungen Früh- und Reifgeborener.
Veröff. a. d. morphol. Pathologie Begr. v. Ludwig Aschoff und Walter Koch. Hrsg. von F. Büchner, W. Giese, W. Büngeler u.a.
Stuttgart (1965)

76. SCHOLZ-EHRSAM, E. Zur Psychopathologie des Hilfsschulkindes. Berlin (1967)

77. SCHÜTTLER-JANUKULLA, K. Zur Frage der nachträglichen Zurückstellung schulunreifer Kinder. Praxis Kinderpsychol. 14, (1965) 68

78. SCHULTE, W. Zum Sozialprestige des Epileptikers. Symposion. Psychiat. et. Neurol. 149, (1965) 276 - 291

79. SCHWEINGRUBER, R. Früherfassung und Frühbehandlung kindlicher Epilepsien. Praxis 54, (1965) 1285 - 1287

8o. SEEBANDT, G. Geistige Retardierung und Debilität unter besonderer Berücksichtigung von schulärztlicher Diagnostik und einzuleitenden Maßnahmen. Öff. Gesundh.-Dienst 25, (1963) 313 - 32o,38o - 385

81. SEEBANDT, G. Die Psychomotorik des schwachsinnigen Kindes und ihre Bedeutung für die heilpädagogische Arbeit im Rahmen der Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind. Praxis Kinderpsychol. 13, (1964) 56 - 63

82. SEIFART, O. Statistik der Lebensbewährung ehemaliger Hilfsschüler. Z. Heilpädagogik, Iserlohn, 1o, (1959) 512 - 524

83. SERRANO, A.C. and WILSON, N.J. Family therapy in the treatment of the brain damaged child. 2. Nat. Congr., Tex. Neuropsychiat. Assoc. and Mex. Neuropsychiat. Assoc., Mexico City, 9. - 1o. 11. 1962. Dis. nerv. Syst. 24, (1963) 732 - 735

84. SPECHT, F. Symptomatik früherworbener Hirnschäden und Hirnanomalien. Landarzt 44, (1968) 775 - 779

85. STEGAT, H. Eine lerntheoretische Methode zur Behandlung der Enuresis. Concilium paedopsychiatricum. Verh. 3. Europ. Kongr. Pädopsychiat. Wiesbaden 1967, 529 - 534 Basel und New York (1968)

86. STUTTE, H. Kinderpsychiatrie und Jugendpsychiatrie. Psychiat. Gegenwart 2, (1960) 955 - 1o75

87. TERELL, C. and STEVENSON, H.W. The effectiveness of normal and retarded peers as reinforcing agents. Amer. J. ment. Defic. 7o, (1965) 373 - 381

88. TRAMER, M. Lehrbuch der Allgemeinen Kinderpsychiatrie. Basel/Stuttgart 4. Aufl. (1964)

89. WALK, A. The pre-history of childpsychiatry. Brit. J. Psychiat. 11o, (1964) 754 - 767

9o. WALTHER-BÜEL, H. Klinik der Intelligenzdefekte. Praxis 53, (1964) 691 - 694

91. WECHSLER, D. Die Messung Intelligenz Erwachsener. Textband zum HAWIE Tsch. Bearb. von HARDESTY, A. und LAUBER, H. Hrsg. v. Psychol. Inst. d. Univers. Hamburg, Bern und Stuttgart, 2. Aufl. (1956)

92. WEGENER, H. Beziehungen zwischen intellektueller und motorischer Begabung. In H. Thomae (Ed.) Ber. ü. d. 22. Kongr. d. Dtsch. Gesellschaft f. Psychologie. Göttingen (196o) 232 - 234

93. WEGENER, H. Die Rehabilitation des Schwachbegabten. München (1963 a)

94. WEGENER, H. Beobachtungen über die seelische Entwicklung in Pubertät und Adoleszenz. In L. SCHENK-DANZINGER H. Thomae (Eds.) Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie. Göttingen (1963 b) 173 - 181

95. WEWETZER, K.-H. Zur Differenz der Leistungsstrukturen bei verschiedenen Intelligenzgraden. In A. WELLEK (Ed.) Bericht über den 21. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen, (1958) 245 - 246

96. WEWETZER, K.-H. Das hirngeschädigte Kind. Stuttgart (1959)

97. WITTMANN, M. Die Konstanz des IQ bei Hilfsschulkindern. Schule und Psychologie (1965) 33o - 346

98. WUNDERLICH, C. Die Psychodiagnostik des organisch hirngeschädigten Kindes. Stuttgart (1963)

99. ZÜBLIN, W. Das schwierige Kind.
Stuttgart (1967)

Herrn Professor Dr. Meyer danke ich für die Überlassung des Themas und Herrn Dr. Meyerhoff für die vielfältige wertvolle Hilfe, die er mir jederzeit leistete.

Lebenslauf

Am 29. 10. 1943 wurde ich als Sohn des Zahnarztes Dr. Friedrich Hickethier und seiner Ehefrau Margarethe Hickethier, geb. Brunner, in Wien geboren. Da mein Vater als Deutscher nach dem Kriege nicht in Österreich bleiben durfte, zog er nach Wiesbaden, wo er die Kassenzulassung als Zahnarzt erhielt. Meine Mutter, meine um zwei Jahre jüngere Schwester und ich folgten ihm 1947 dorthin.

Eingeschult wurde ich 1950 in Wiesbaden. 1954 wurde ich in die Sexta des Gymnasiums für Jungen an der Oranienstraße in Wiesbaden aufgenommen. Dort legte ich Ostern 1963 die Reifeprüfung ab.

Nach einjähriger Militärzeit immatrikulierte ich 1964 an der Medizinischen Fakultät der Johannes-Gutenberg-Universität zu Mainz und legte dort nach der naturwissenschaftlichen Vorprüfung im April 1965, die ärztliche Vorprüfung im Oktober 1967 ab. Nach einsemestrigem klinischen Studium an der Universität Innsbruck immatrikulierte ich im Sommersemester 1968 an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes und legte das Staatsexamen am 20. 11. 1970 ab.